

THESE

da Silva Ramos

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO MEDICA.—Cadeira de Pathologia interna

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL ENTRE AS MOLESTIAS DO ESTOMAGO

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA.—Cadeira de Medicina legal
INFANTICIDIO

SECÇÃO CIRURGICA.—Cadeira de Partos, etc.
DO THROMBO VULVO-VAGINAL

SECÇÃO MEDICA.—Cadeira de Materia medica e Therapeutica.
BELLADONA—CONSIDERADA PHARMACOLOGICA E THERAPEUTICAMENTE

THESE

APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 2 DE SETEMBRO DE 1876

e perante ella sustentada

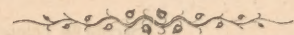
EM 15 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

POR

CEZARIO ALVES DA SILVA RAMOS

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE

Natural da provincia de S. Paulo



RIO DE JANEIRO

Typographia Universal de Eduardo & Henrique Laemmert

71, RUA DOS INVALIDOS, 71

1876



FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VISCONDE DE SANTA IZABEL.

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE THERESOPOLIS.

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS

Doutores:

PRIMEIRO ANNO

F. J. do Canto e Mello Castro Mascarenhas. (1ª cadeira). Physica em geral, e particularmente em suas applicações à Medicina.
Mancel Maria de Moraes e Valle . . . (2ª »). Chimica e Mineralogia.
Luiz Pientzenauer . . . (3ª »). Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoa . . . (1ª cadeira). Botanica e Zoologia.
Domingos José Freire Junior . . . (2ª »). Chimica organica.
Francisco Pinheiro Guimarães . . . (3ª »). Physiologia.
Luiz Pientzenauer. (4ª »). Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

Francisco Pinheiro Guimarães . . . (1ª cadeira). Physiologia.
Cons. Antonio Teixeira da Rocha . . . (2ª »). Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz . . . (3ª »). Pathologia geral.
Vicente Candido Figueira de Saboia . . . (4ª »). Clinica externa.

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira França. (1ª cadeira). Pathologia externa.
João Damasceno Peçanha da Silva . . . (2ª »). Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior . . . (3ª »). Partos, molestias de mulheres peja-
das e de recém-nascidos.

QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva. . . (1ª cadeira). Pathologia interna.
Francisco Praxedes de Andrade Pertence. (2ª »). Anatomia topographica, medicina
operatoria e apparatus.
Albino Rodrigues de Alvarenga, (examin.) (3ª »). Materia medica e therapeutica.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa, (presidente) (1ª cadeira). Hygiene e historia da Medicina.
Barão de Theresopolis. (2ª »). Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos . . . (3ª »). Pharmacia.
João Vicente Torres-Homem, (examinador) (4ª »). Clinica interna.

LENTES SUBSTITUTOS

Agostinho José de Souza Lima.
Benjamin Franklin Ramiz Galvão.
João Joaquim Pizarro.
João Martins Teixeira, (examinador)
Augusto Ferreira dos Santos

} Secção de Sciencias Accessorias.

Claudio Velho da Motta Maia.
José Pereira Guimarães.
Pedro Affonso de Carvalho Franco.
Antonio Caetano de Almeida

} Secção de Sciencias Cirurgicas.

José Joaquim da Silva
João José da Silva
João Baptista Kossuth Vinelli.

} Secção de Sciencias Medicas.

N.B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas Theses que lhe são apresentadas.



À MEMORIA DE MEU PREZADO PAI

O ILLMO. SR.

Tenente-coronel José Ramos da Silva

Lá, na mansão dos justos, junto ao Supremo Creador,
supplica, ó meu pai, para que teu filho siga sempre a
senda da honra e do dever.

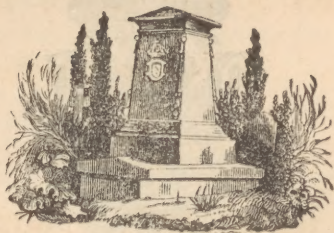
Será a sua maior gloria!

À MEMORIA DE MEU CUNHADO

José Bernardo Brandão

À MEMORIA DE MINHAS INNOCENTES IRMÃS

GUILHERMINA E ELIZA



À MEMORIA DE MINHA MADRINHA

A EXMA. SRA.

BARONEZA DE ARIRÓ

À MEMORIA DE MEUS AVÓS

À MEMORIA DE MEUS AMIGOS

Á MINHA IDOLATRADA MÃI

A EXMA. SRA.

D. DOMICIANA NOGUEIRA DA SILVA

Tributo de immensa gratidão e amor filial.

A MEUS CAROS IRMÃOS, IRMÃS, CUNHADOS E CUNHADAS

Amizade eterna.

A MEUS SOBRINHOS E A MINHAS SOBRINHAS

A MEUS PADRINHOS

A MEUS VERDADEIROS AMIGOS

A TODOS OS MEUS PARENTES

A MEUS COLLEGAS

A MEUS MESTRES

PREFACIO

Les difficultés et l'obscurité ne s'aperçoivent en
chacune science que par ceux qui y sont entrés....
Moi j'y trouve une profondeur et une variété si infinie
que mon apprentissage n'a d'autre fruit que de me
faire sentir combien il me reste à apprendre.

Essais de Montaigne, LIV. III, CH. XIII.

Escolhendo para ponto de These o «*Diagnostic differencial entre as molestias do estomago*», não tivemos em vista esclarecer os innumeraveis problemas que encerra esta parte da Pathologia. Nosso intento foi unicamente conciliar o cumprimento da lei com o estudo das molestias que são muito frequentes em climas como o nosso.

Para facilidade do estudo, dividiremos o nosso pequeno trabalho em duas partes; na 1^a, trataremos, posto que succintamente, da etiologia, pathogenia, anatomia pathologica e symptomatologia de cada uma das molestias; na 2^a, apresentaremos os principaes symptomas em que se basêa o diagnostico differencial destas molestias, terminando a nossa dissertação por um quadro synoptico comparativo dessas affecções gastricas.

Não temos a pretensão de fazer, com este ligeiro e imperfeito esboço, desaparecer as densas nuvens que ainda obscurecem o vasto horizonte do diagnostico differencial das molestias do estomago; nossos poucos conhecimentos e insignificante pratica, que desaparecem perante os immorredouros trabalhos dos sabios, levão-nos a reconhecer a imperfeição do nosso trabalho; todavia resta-nos a satisfação de ter envidado todos os esforços para levar ávante o nosso *desideratum*, e muito confiamos na benevolencia dos nossos leitores e na indulgencia dos nossos mestres e juizes.

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO MEDICA.—Cadeira de Pathologia interna

DO DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL ENTRE AS MOLESTIAS DO ESTOMAGO

Cancro do estomago

Pathogenia e Etiologia. — O estomago é um dos órgãos da economia que mais vezes é atacado pelo cancro, sendo sómente excedido em frequencia pelo utero e mamma, na mulher. Todavia em 9118 cancros observados por Tanchou, sendo 3425 visceraes, 2203 pertencião ao estomago, o que mostra que os cancros do estomago formão uma quarta parte do numero total dos cancros e dous terços dos visceraes.

O cancro do estomago é mais vezes primitivo que secundario, sendo neste ultimo caso proveniente da propagação de um cancro vizinho, ou consecutivamente a invasão da diathese cancerosa em algum órgão mais ou menos afastado.

Esta molestia é propria da idade madura. É muito rara antes dos 30 annos: Louis menciona sómente um facto de um homem de 25 annos. É mais frequente dos 50 aos 60 annos, tornando-se excepcional dos 70 em diante.

Têm-se emittido diversas opiniões relativamente ao sexo; aquella, porém, mais geralmente admittida é que o cancro do estomago é mais frequente no homem que na mulher. Barras queria mesmo que fôsse uma molestia exclusiva do homem. Brinton, em 784 casos desta affecção, encontrou 440 do sexo masculino e 344 do sexo feminino. Louis em 33 casos 20 do sexo masculino e 13 do feminino. O Dr. Lebert dá como

mais frequente o cancro do estomago na classe rica que na pobreza. Em 21 individuos, 15 erão ricos e 6 pobres.

Como todas as affecções cancerosas, o cancro do estomago é considerado como hereditario em um sexto dos casos. Com effeito, alguns exemplos existem na sciencia que justificação essa opinião. Entretanto, o Dr. Lebert diz que a hereditariedade desta molestia constitue antes uma excepção do que regra geral, e que, sendo o cancro do estomago muito frequente, é bem possivel que, por uma simples coincidencia, se manifeste em dous ou mais membros de uma mesma familia

A innumeras outras causas attribuem os autores a existencia do cancro.

As impressões moraes tristes, os pezares prolongados, os trabalhos intellectuaes excessivos, a solidão, a vida sedentaria, o abuso dos prazeres venereos, o celibato, o temperamento lymphatico, uma alimentação grosseira, o abuso dos alcoolicos, principalmente tomados em jejum, certas profissões como as de sapateiro e alfaiate, que obrigão os individuos que as exercem a terem constantemente o tronco inclinado para diante ; a suppressão de um darthro, de uma ulcera, da menstruação, das hemorrhoides, de um exuctorio, as phlegmasias agudas e chronicas do estomago. A contusão na região epigastrica tambem tem sido considerada como podendo ser causa da localisação da diathese cancerosa no estomago.

Anatomia pathologica.— O cancro do estomago póde assestar-se em diversos pontos deste orgão, occupando, porém, com mais frequencia o pyloro, o cardia, e a pequena curvatura. No grande fundo de sacco e na grande curvatura o cancro é menos frequente, e neste ultimo ponto a sua manifestação é ordinariamente consecutiva ao cancro do grande epiploon. Em 102 casos de cancro de estomago, observados por Lebert e Louis, a relação de séde foi a seguinte : pyloro 59 vezes, pequena curvatura 17, cardia 8, grande curvatura 2 e diversos pontos 13.

A marcha desta lesão é de ordinario no sentido vertical, de modo que os cancros que se manifestão na pequena curva tura se propagaõ para a grande curvatura, e os do pyloro e cardia produzem geralmente stenose annular desses orificios.

O esophago pôde ser affectado por propagação da degenerescencia, occupando primitivamente o cardia; já no duodeno isso é mais raro; limitando-se de ordinario o cancro á valvula pylórica.

São principalmente tres as especies ou fórmulas de cancro que costumão atacar o estomago, e são as seguintes por ordem de sua frequencia: o cancro fibroide ou scyrrho, o medullar ou encephaloide, e o areolar ou coloide; o melanico, o villosa, e o de cellulas cylindricas (cancro epithelial de Forster) não são mais do que subdivisões do cancro encephaloide, segundo Rokitansky, e são raros.

Estas diversas fórmulas de cancro não se apresentam sempre isoladamente; ás vezes achão-se combinadas entre si, sendo mais commum a do scyrrho com o encephaloide, e, segundo Bamberger, a do cancro areolar com o villosa.

Em regra geral, o processo neoplasico começa pelo tecido sub-mucoso e excepcionalmente pelo sub-seroso; se o processo começa pela mucosa, o que é raro, isso dependerá geralmente de um cancer colloide; se pela serosa, da propagação de um cancro vizinho.

O scyrrho em comêço se manifesta sob duas fórmulas: nodosidades isoladas ou espessamento coherente do tecido sub-mucoso, sendo o tecido morbido, em qualquer das fórmulas, duro, resistente, esbranquiçado e de aspecto fibro-lardaceo ao córte.

A uniformidade superficial se explica pela diffusão; a irregularidade á vista e ao tacto pela procedencia por nodosidades e seu crescimento desigual.

O producto morbido é formado de elementos fibroides bastante entrelaçados entre si, encerrando em seus intersticios um liquido hyalino e poucas cellulas.

A marcha invasora do processo se dá por intermedio de cordões

fibrosos esbranquiçados e duros que, partindo da periphéria da alteração, vão atacar as tunicas mucosa e peritoneal, sendo a primeira mais vezes lesada, em consequencia de sua vizinhança immediata.

A mucosa, logo em principio, se confunde com o producto subjacente de nova formação, e, amollecendo-se mais tarde, reduz-se a uma papa negra, que se elimina e deixa a superficie cancerosa.

A camada musculosa se hypertrophia de ordinario em grande extensão, podendo atrophiar-se mais tarde por effeito da pressão do neoplasma, ou desaparecer inteiramente, identificando-se com elle.

A serosa augmenta de espessura e adquire o aspecto turvo, devido a uma peritonite parcial, o que faz com que ella contraia adherencias, cobrindo-se frequentemente de depositos que fórmão placas duras e leitosas.

Destruida a mucosa, o cancro posto a nú começa a ulcerar-se, dando logar, a principio, a erosões superficiaes, depois a fossétas mais profundas. Assim nasce a ulcera cancerosa de fórmula irregular, de bordos duros e callosos, e semelhante ás ulceras cancerosas dos tegumentos externos.

O encephaloide, que é caracterisado, physica e histologicamente, pela sua molleza, vascularisação, aspecto cerebriforme, pela rareza de stroma fibroso, predominancia do tecido cellular e do succo lactescente chamado canceroso, começa a desenvolver-se pelo tecido sub-mucoso e pela mucosa, affectando a fórmula de nodosidades vegetantes com ou sem infiltração diffusa. De crescimento mais rapido que o scyrrho, o encephaloide vegeta desde logo sobre a superficie interna do estomago, sob a fórmula de excrescencias fungosas, molles, que sangrão com facilidade, e são mesmo muitas vezes a séde de hemorrhagias intersticiaes.

De ordinario o producto neoplasico se reduz a retalhos molles e negros que se destacão na sua parte média, emquanto no

contorno ou circumferencia, a vegetação progride, formando-se assim ulceras crateriformes, circumdadas de bordos levantados e virados para fóra, de grandeza variavel e de extensão ás vezes tão consideraveis que diminuem notavelmente a cavidade do estomago.

As suas sub-variedades se distinguem por suas propriedades proprias : o cancro melanico pelos depositos abundantes de pigmento preto ; o villosos pelas excrescencias cheias de succo canceroso e de aspecto villosos ; o de cellulas cylindricas, que só póde ser descoberto pelo microscopio, se distingue pela fórmula particular de seus elementos constitutivos.

O cancro areolar, em geral raro, infiltra-se por grandes massas na mucosa e no tecido sub-mucoso, atacando facilmente o peritoneo, onde fórmula muitas vezes tumores consideraveis ; é pouco sujeito á ulceração, e compõe-se de tecido fibroso, de innumeras cavidades folliculosas cheias de um liquido gelatiniforme, onde se encontram elementos cellulares, moleculas de gordura, corpuseculos colloides, cristaes de phosphato triplice e de cholesterina.

As modificações ultteriores do estomago podem consistir em adherencias com os orgãos vizinhos por um exsudato fibrinoso, peritonite adhesiva ou por extensão do tecido canceroso, dando logar á comunicação do estomago com o intestino, vesicula biliar, o figado, e raras vezes com o exterior.

Quando não ha deslocamento, a porção pylorica quasi sempre se fixa ao pancreas, ao figado, aos ganglios, ao rim direito e ao colon transversos. Se, porém, isso não se dá, o estomago, obedecendo ao peso do tecido invasor, desce á região hypogastrica, onde contrahe adherencias com o intestino delgado, o coecum, o utero e seus annexos.

Se a degenerescencia occupa a região pylorica, dar-se-ha stenose organica do canal com dilatação do estomago, o que tambem póde ser produzido pelo desvio do orgão por meio de adherencias. Se occupa a região cardiaca ou a totalidade das paredes do estomago, dar-se-ha o estreitamento total do orgão.

Hypertrophias e atrophias dão-se nas partes não atacadas de degenerescencia, segundo ha ou não obstaculo ao curso dos alimentos.

Outras lesões vêm complicar os ultimos periodos do cancro do estomago: um catarrho mais ou menos generalizado, phlegmasias de alguns órgãos, sobretudo das pleuras, veias obturadas por coagulos, ganglios enfartados, tromboses e oedemas cacheticos.

Symptomatologia.—Para bem apreciarmos os symptomas do cancro do estomago, muitas vezes tão obscuros, podemos, por assim dizer, formar, como faz o illustrado Dr. Jaccoud, dous periodos bem distinctos, porém quasi sempre estreitamente unidos um ao outro, a saber: 1º, periodo inicial ou dyspeptico; 2º, periodo de tumor e cachexia.

I. PERIODO INICIAL.—Os symptomas que caracterisão este periodo são: *perturbações digestivas, dôr e vomito*. São pouco importantes para a especificação do cancro do estomago, porquanto pertencem a todas as affecções deste órgão, de modo que temos necessidade de recorrer a outras fontes, sobretudo á etiologia, não para estabelecermos de um modo evidente a existencia do cancro, porém apenas para suspeital a e então esperar que phenomenos posteriores, taes como o tumor e a cachexia, que por si sós revelão a molestia, venhão nos tirar da duvida, dando assim um cunho de certeza ao que não passava de uma mera supposição.

Perturbações digestivas.—O appetite frequentemente diminue; porém esta perda do appetite é certamente um dos symptomas os mais vagos e mais variaveis; bem que figure em uma proporção de 80 para 100, pouco mais ou menos (*Brinton. Cancro do estomago*), a anorexia não apresenta realmente importancia senão quando se acha reunida a outras manifestações, taes como a dôr e o vomito; ás vezes ella é tão pouco accusada que se lhe dá pouca importancia, e, se é verificada, vê-se que sua presença varia; umas vezes apparece no começo da molestia, outras no meio ou no fim.

Em certos casos o appetite é simplesmente diminuido, em outros completamente abolido; emfim, póde acontecer que, depois de ter desapparecido, durante um tempo mais ou menos longo, reapareça, quer até o fim da molestia, quer para cessar bruscamente ainda.

Estas variedades, que parecem depender principalmente do estado mesmo da molestia, e devidas a uma influencia nervosa, que não se poderia explicar, fazem differençar assim a anorexia do cancro da que se observa nas outras molestias do estomago, taes como a gastralgia, a ulcera, etc. A sêde é pouco intensa ou nulla.

A lingua, habitualmente pallida e humida, póde tornar-se, para o termo fatal da molestia, vermelha, secca e coberta de uma espessa camada de saburra; as digestões são lentas e laboriosas; a constipação de ventre é muito frequente no primeiro periodo da molestia; quando, porém, esta se acha em um gráo muito adiantado, a constipação é substituida pela diarrhéa, que parece resultar, geralmente, da irritação produzida pela presença da materia cancerosa, do pus e do sangue, que, derramados no estomago depois da ulceração, passam para o intestino.

A dôr é um dos symptomas mais frequentes do cancro do estomago: em cem casos Brinton observou 92 vezes. Quanto á região occupada por ella, é bem raro que marque a sêde da lesão; em cada periodo, segundo a alteração mais ou menos consideravel do orgão, vêr se-ha corresponder sensações variaveis. No cancro do pyloro o doente referirá as sensações por elle percebidas tanto ao hypochondrio direito como ao esquerdo, á região umbilical, ao esterno. No cancro do cardia a dôr parecerá manifestar-se para o hypochondrio ou hombro direito; no da pequena curvatura para a região inter-scapular; e emfim para a face posterior do estomago o doente referirá a dor principalmente para a região dorsal média e parte inferior da região lombar.

Seu character essencial é ser lancinante; é persistente, não apresenta intermittencia; não deixando um unico instante de repouso ao infeliz doente, traz como complicação terrivel a insomnia.

Se apresentasse sempre esses caracteres frisantes, a dôr seria certamente um signal precioso para o diagnostico; porém não é assim. Com effeito, doentes ha em que a dôr nada apresenta de regular em sua apparição e duração; em alguns, este symptoma apparece no começo e com intensidade; em outros, é pouco pronuncia do desde o começo, tornando-se mais manifesto á medida que a molestia faz progressos. Emfim, em um terceiro grupo, o character que apresentação ás vezes as differentes variedades da dôr parece devido a condições locaes: com effeito, ora a dôr é surda, urente, e parece antes depender da ulceração do estomago affectado de cancro que do proprio deposito canceroso; exaspera-se pela ingestão dos alimentos e cessa pela expulsão do conteúdo do estomago; outras vezes apresenta sensações de constricção, de oppressão e de tumor, que parecem denotar antes um estreitamento devido a um deposito canceroso.

O vomito se apresenta, segundo Brinton, 87 vezes sobre 100. O momento de sua apparição marca algumas vezes o comêço da molestia; ás mais das vezes é depois de dous, tres ou seis mezes de seu comêço que apparecem os vomitos. Sua frequencia vai augmentando muitas vezes até o ultimo periodo, e; nos casos em que são muito abundantes desde o comêço, a terminação fatal é precoce. Alguns doentes apresentam o vomito em jejum sem se terem alimentado, outros depois das refeições, algumas vezes no fim de alguns minutos, outras vezes depois de algumas horas sómente; em alguns o vomito não apparece de um modo contínuo, porém depois de um intervallo variavel e mais ou menos longo.

A séde do cancro tem, sem duvida alguma, influencia sobre a frequencia do vomito. Assim, quando o cancro existe no pyloro, o vomito não se manifesta senão algumas horas depois da ingestão dos alimentos; se existe perto do cardia, o vomito tem lugar quando o doente se alimenta, ou pouco depois. Em alguns casos, o vomito desaparece de todo, o que póde ser devido a uma fusão cancerosa no ponto estreitado; dahi a ampliação desse lugar e a

facilidade da passagem dos alimentos para o resto do tubo digestivo. Outras vezes todas as paredes ou uma grande parte dellas se achão invadidas pela degenerescencia, de modo que o estomago não póde mais se contrahir para dar-se o vomito.

A natureza do vomito é muito variavel, segundo a época em que se observa a affecção. A principio são simples mucosidades ou bile, se os esforços para o vomito têm sido consideraveis, e tambem alimentos mais ou menos alterados pela digestão. Em um periodo mais adiantado apparece então de envolta com elle uma materia negra ou côr de bôrra de café, que tem uma grande importancia para o diagnostico.

Esta materia negra se apresenta sob a fórma de um pó bastante fino ou em massas coaguladas ; é constituida por sangue que tem se conservado no estomago e que tem soffrido um comêço de digestão. Independentemente dos elementos sanguineos, nota-se ordinariamente a presença de sarcinas, sendo muito raro encontrar-se elementos cancerosos apreciaveis, pois que o tecido morbido, á medida que se amollece, perde seus caracteres distinctivos.

Os vomitos negros são quasi pathognomonicos do cancro do estomago; entretanto elles têm sido observados na ulcera simples e todas as vezes que se dão hemorragias capillares na superficie do estomago ou que se tenha deglutido sangue. Porém no cancro esses vomitos são acompanhados de accidentes que dão seu verdadeiro valor, taes como a idade do doente, a natureza das dôres, a cachexia especial.

A hemorragia no cancro do estomago se apresenta 42 vezes sobre 100 ; em um sexto dos casos é constituida por sangue puro ; nos cinco restantes por sangue mais ou menos alterado, misturado com succo gastrico, alimentos, bile, detritos cancerosos.

Póde ser devida a duas causas diversas : ou é produzida por uma congestão com ruptura de alguns capillares, mostrando-se neste caso em um periodo approximado do comêço e moderada, podendo

todavia em algumas vezes ser tão consideravel que traga rapidamente a morte; ou é devida á destruição dos vasos pelo trabalho ulcerativo, sendo ainda nestes casos mais ou menos consideravel, porém não apparecendo senão em um periodo avançado da molestia.

Muitas vezes uma parte do sangue é levada pelas evacuações (melœna), e casos ha mesmo em que não se dá a hematemese, sendo a eliminação feita inteiramente pelos intestinos.

II. PERIODO DE TUMOR E CACHEXIA.—O tumor é, sem contradicção, de todos os symptomas do cancro um dos mais importantes. Segundo Brinton, o tumor é encontrado na proporção de 80 para cem. Em certos casos, o tumor é facilmente apreciavel, como, por exemplo, quando occupa a parte média do estomago, a grande curvatura, todo o orgão ou o pyloro; porém, em outros casos, pelo contrario, torna-se difficil percebê-lo, o que se dá quando a parte occupada pelo cancro é a pequena curvatura, perto do cardia e da face posterior do estomago.

Estas differenças se explicão facilmente pelo menos pela distancia, mais ou menos grande, que existe entre as partes correspondentes do estomago e a parede anterior do abdomen.

A séde é muito variavel. Os tumores da grande curvatura tendem a dirigir-se para a região umbilical; os que occupão o pyloro são percebidos principalmente na parte média ou hypochondrio direito, o que é devido não só á posição do pyloro, como ás adherencias que se fórmão entre a porção lesada do estomago e o figado. O cancro que occupa a pequena curvatura se faz sentir na parte superior do epigastro, e é em toda essa região que se acha a saliencia formada pelo deposito canceroso, que occupa todo o orgão.

Quanto á sua fórma, o tumor ora se apresenta em massa consideravel, dura, irregular, offerecendo o aspecto de nodosidades apreciaveis, ora, pelo contrario, se mostra sob um pequeno volume, é elastico ou

molle, e não faz saliencia alguma, sendo neste caso muito difficil reconhecê-lo.

O tumor pôde apresentar caracteres muito diversos nas differentes épocas da molestia ; o tumor, muito apparente hoje, pôde desaparecer para reaparecer depois de alguns dias, ou mesmo não ser mais percebido. Estas modificações, que não se explicão senão por uma perda de substancia devida ao amollecimento, á ulceração ou á queda de uma eschara, não fazem senão augmentar a difficuldade já tão grande que se tem muitas vezes em reconhecer a sua presença. Emfim, pela apalpação o tumor pôde apresentar grãos infinitos de resistencia ; com effeito, pôde achar-se reunido ao figado, e neste caso, estando coberto por este orgão, não apresentará senão os signaes physicos do lobulo do figado que o cobre ; pôde tambem estar occulto por uma ascite, pelas mudanças de volume e de relações do intestino, ou mesmo simulado por tumores do figado ou do intestino, e por estes tumores que se fórmão muitas vezes em consequencia de inflammações e adherencias produzidas pela ulceração do estomago.

Muitas vezes, comprimindo-se com alguma força o tumor, percebem-se ligeiras pulsações isochronas ás do coração ; estas pulsações são as da aorta abdominal, perceptíveis em consequencia do estado de de pauperamento em que se acha o doente.

O tumor, em geral, apresenta uma sensibilidade pouco pronunciada á pressão, não sendo exagerada senão nos casos em que o cancro tenha se propagado primitiva ou secundariamente ao peritoneo, ou se tenha declarado uma peritonite por vizinhança.

A *cachexia*, que com razão tem uma grande importancia para o diagnostico, é encontrada pouco mais ou menos 90 a 98 vezes por cem ; é especificada não só pela côr dos tegumentos de um verde sujo ou de uma coloração terrea ou côr de palha, que não se pôde confundir com nenhuma outra, como ainda pela seccura e perda de elasticidade da pelle, a diminuição do tecido gorduroso, a molleza do tecido cellular, e pouco volume e firmeza dos musculos.

Esta reunião de phenomenos, que estão sempre em relação com o gráo de magreza do individuo e a perda de suas forças, torna a cachexia um symptoma quasi pathognomónico, se afastarmos os casos que podem complica-la e fazer duvidar de sua existencia; estes casos dependem, quer de uma desorganização hepática tendo por causa o cancro consecutivo do figado, que traz assim uma verdadeira ictericia mudando a côr da pelle, quer de complicações taes como as hemorrhagias, a suppuração, os vomitos, uma alimentação insufficiente, que podem augmentar o descoramento natural dos tegumentos.

Infelizmente em alguns casos a cachexia falta completamente ou se apresenta em condições taes que, bem que não haja duvida alguma, bem que esteja claramente apreciavel, não se sabe se podemos attribui-la á molestia que nos occupa e que se tem tanto interesse em reconhecer a presença, ou a uma destas complicações, taes como os tuberculos, que podem vir lançar a duvida, fazendo attribuir á sua presença os symptomas dependentes de um cancro desconhecido.

Ha febre todas as vezes que se manifesta uma complicação inflammatoria; caso essa não se dê, ainda em alguns casos tem-se observado a febre hectica, que concorre para apressar o termo fatal.

A ourina, em geral de côr anormal, é rara, sedimentosa e rica de uréa e uratos. Póde ainda apresentar-se albuminosa e mesmo glycosica, sendo raros os caracteres da ourina icterica; estas diversas alterações parecem depender de complicações intercurrentes e não do cancro.

Hydropesias mecanicas por thrombose ou cacheticas são tambem muito frequentes nos ultimos periodos desta affecção.

Marcha, duração e terminação.— A marcha do cancro do estomago é fatalmente progressiva e contínua; se ás vezes alguns dos symptomas apparecidos, como o vomito, desaparecem momentaneamente, trazendo esperanças ao doente, os symptomas geraes continuão a se aggravar até que sobrevenha a morte. De todos os cancros do

estomago é o encephaloide que tem a marcha mais rapida, percorrendo os seus periodos em alguns mezes; o scyrrho e sobretudo o cancro areolar podem existir durante um ou mais annos.

A duração, termo médio, é de 12 a 15 mezes, sendo o maximo tres annos, segundo Brinton.

A terminação natural do cancro do estomago é a morte, que é as mais das vezes produzida por inanição, sendo mais rara a terminação por hemorrhagia ou perfuração do estomago.

Ulcera simples

Synonymia.—*Ulcera chronica simples* (Cruveilhier); *perfurante* (Rokitansky); *ulcus rotundum* (Jacksh); *ulcera corrosiva*, espontanea, menstrual (Catheart-Lees, Bruton, Churchill); *gastrite chronica ulcerosa* (Grisolle); *gastrite chronica* (Hardy e Béhier).

Etiologia e Pathogenia.—A *ulcera* do estomago é uma molestia muito frequente; Girault em 15,371 autopsias encontrou 855 casos dessa affecção, isto é, um caso sobre 18 individuos; sua frequencia varia nos differentes paizes. Brinton encontrou em 5 %, Bennet em 3 %, os medicos allemães em 13 %, e Grisolle a considera molestia muito rara em França.

Brinton e Jacksh, que observarão 328 casos de *ulceras* em todas as idades da vida, concluirão que esta affecção se apresenta mais vezes nos adultos.

Quanto ao sexo, até hoje, segundo observações feitas por Brinton e Rokitansky, a relação da frequencia desta affecção entre o homem e a mulher seria como de 1 para 2. Esta predominancia, a principio do lado da mulher, póde parecer enorme; porém, se no homem os abusos alcoolicos e outros modificão a secreção do

estomago, pôde-se oppôr para o lado da mulher a chlorose, a hysteria, a dysmenorrhéa, e muitas outras affecções que têm uma acção indirecta, porém quasi constante, sobre este orgão. Antes da apparição do fluxo menstrual e depois da menopausa, parece haver igual frequencia para o homem como para a mulher.

As privações, as fadigas, as preoccupações intellectuaes, a intemperança, os resfriamentos, o habito de tomar alimentos muito quentes ou muito frios estando o corpo em suor, o abalo que soffre o organismo com a chegada da puberdade, a lactação, o estado puerperal, predispõem o estomago a contrahir a affecção ulcerosa.

O abuso das bebidas alcoolicas, segundo Gerardt, favorece não só o apparecimento da ulcera, como o seu progresso, provocando a fermentação acida das substancias contidas no estomago, e assim alterando suas relações normaes com a alcalinidade do sangue.

As febres intermittentes e contínuas, o pleuriz, a pneumonia, a syphilis e sobretudo a tuberculose pulmonar, tendo coincidido muitas vezes com a ulcera do estomago, têm sido consideradas como podendo determinar esta affecção; não julgamos que essas affecções, como pensão alguns autores, exerção uma influencia especial no apparecimento da ulcera gastrica; crêmos antes que, em consequencia do estado de debilidade que ellas determinão nos individuos, os colloquem apenas em condições favoraveis para seu apparecimento. Demais, se attendermos á grande frequencia dessas affecções, não nos devemos admirar com a manifestação de uma ulcera gastrica em um syphilitico, em um tuberculoso, etc., sem que haja entre ellas relação de causa e effeito.

A composição anormal do sangue, os catarrhos agudos e chronicos, produzindo alterações vasculares, dão em resultado a formação de thromboses e embolias, que por sua vez dão logar á formação da ulcera, de modo que esta é antes uma necrose parcial, dependente na maior parte dos casos, senão em todos, da obturação

dos vasos das paredes do estomago e que o nutrem, do que o resultado de um processo suppurativo, que não se poderia dar por causa da ausencia dos phenomenos de inflammação e suppuração perfeitamente notados pelos estudos modernos.

Anatomia pathologica.—A ulcera gastrica localisa-se de preferencia na região pylorica, mais vezes na parede posterior que na anterior, e frequentemente na pequena curvatura, sendo excepcional no grande fundo de sacco; ordinariamente unica, mas podem existir duas ou mais, não sendo neste caso da mesma época, o que é confirmado pelas cicatrizes circumvizinhas; de grandeza variavel, porém geralmente de 7 a 14 millimetros de diametro; de fôrma arredondada quando recente, torna-se mais tarde eliptica, o que é devido ao seu crescimento irregular ou á reunião de algumas ulceras pelos seus bordos vizinhos; de bordos, a principio molles, salientes e arredondados, apresentam-se mais tarde duros e cortados a pique.

Sua profundidade é variavel, póde limitar-se á mucosa e ao tecido sub-mucoso, ou terminar-se pela perfuração, apresentando no primeiro caso os bordos talhados a pique e no segundo a fôrma de uma pyramide conica achatada, rugosa pelas dobras do tecido, com a base voltada para a cavidade gastrica e o apice para os órgãos circumvizinhos. Quando a ulcera é antiga, a tunica musculosa da base do cone acha-se hypertrophiada a ponto de apresentar em alguns casos 3 1/2 millimetros de espessura, que é devida a uma infiltração plastica ou a um desenvolvimento exagerado das fibras musculares, que podem ser seguidas ao cóрте pelo olho desarmado de instrumento. Pelo menos não se observa nesta camada succo canceroso, nem elementos que se possa qualificar de cancerosos ou epitheliaes.

Sua cura é frequente, dando-se, segundo Brinton, em uma metade dos casos. Quando a ulceração não excede a tunica muscular, a reparação se faz por granulações, produzindo-se então cicatrizes radiadas; se, porém, attingio a serosa, esta é attrahida para a parte

interna do órgão em consequencia da retracção cicatricial do novo tecido conjunctivo, produzindo-lhe a retracção do diametro transversal, o que torna-se um obstaculo contínuo á passagem dos alimentos do estomago para os intestinos.

A perfuração é rara, apresentando-se na proporção de 1 para 7 ou 8, segundo Brinton, e sendo mais frequente quando a lesão se assesta na parede anterior ou no grande fundo de sacco. Nem sempre a perfuração se dá, pois que, á medida que a ulceração se aprofunda destruindo os tecidos, uma peritonite circumscripta estabelece adherencias entre o estomago e o peritoneo, ou entre o estomago e os órgãos vizinhos, que, servindo de parede, fazem com que a perfuração seja apenas virtual. Essas adherencias salutaes são mais frequentes entre o estomago e o epiploon, o lóbo esquerdo do figado, o pancreas e as glandulas lymphaticas, mais raras no colon transverso, no baço, no diaphragma e na parede abdominal anterior. Uma camada mais ou menos espessa de tecido conjunctivo une o estomago aos órgãos vizinhos, fazendo-se sempre a retracção cicatricial da base da ulcera ou mucosa gastrica para esses órgãos; se, porém, a ulceração continuar em sua marcha, póde então estender-se aos órgãos perigastricos e perfural-os.

Têm-se observado peritonites generalizadas em consequencia de uma simples perfuração para o peritoneo ou pelo derramamento de pus de algum abcesso que se tenha enkistado entre o estomago e os órgãos circumvizinhos.

As hemorragias se dão mais frequentemente pelos vasos capilares; quando pelos arteriaes, estes são: a coronaria, a gastro-epiploica esquerda, a pylorica, a gastro-duodenal, a pancreatico-duodenal e a splenica, podendo ser nestes ultimos casos rapidamente mortaes.

A cura é perfeita quando as cicatrizes succedem ás ulcerações superficiaes; quando, porém, a ulceração é profunda e extensa, sua cicatrização estabelecerá adherencias do estomago com os órgãos perigastricos, determinando desordens graves, taes como a immobildade

mais ou menos pronunciada do estomago ou o estreitamento do orificio pylorico com todas as suas consequencias.

As recahidas são frequentes ou pela ruptura de uma cicatriz ou pela formação de novas ulceras.

Symptomatologia.— Esta affecção tem em geral um comêço insidioso. O appetite diminue progressivamente; a ingestão dos alimentos provoca uma dôr surda na região epigastica; as digestões são lentas, acompanhadas de eructações nidoras e abahulamento do ventre; outras vezes o appetite se conserva, não podendo o individuo tolerar senão certos alimentos, mesmo os mais indigestos. Em certos casos, felizmente pouco frequentes, a molestia não é reconhecida senão pela apparição subita de uma hematemese que mata o doente, ou por uma perfuração que determina uma peritonite igualmente mortal, constituindo o que o Dr. Jaccoud denomina fórma — *fulminante*.

Na grande maioria dos casos, a molestia tem uma marcha chronica, caracterisada por dôr, vomito e hemorrhagia.

A dôr, symptoma o mais frequente e o mais caracteristico, é ordinariamente o primeiro que apparece.

No comêço da molestia, o doente queixa-se de uma sensação de peso e de constricção na região epigastica que, a principio surda, contínua, é substituida pouco a pouco por uma dôr ardente, roedôra, terebrante, e em casos raros lancinante. Muitas vezes ella é acompanhada de nauseas.

Ordinariamente se manifesta de dous a dez minutos depois da ingestão dos alimentos, e não desaparece antes de terminar a digestão estomacal, a menos que o doente não seja accommettido de vomitos que a suspendão por um tempo mais ou menos longo.

Quando, porém, a séde da lesão é no cardia, ella segue immediatamente a ingestão dos alimentos e é acompanhada em alguns casos de dysphagia; outras vezes póde apparecer meia hora depois da refeição, como succede na dyspepsia.

Uma ulceração antiga e extensa pôde tornar a dôr contínua durante o intervallo das refeições, e durar semanas sem interrupção.

Sua séde mais frequente e onde se manifesta com mais intensidade é no centro do epigastro, immediatamente abaixo do appendice xyphoide; outras vezes atrás delle, ou á direita ou esquerda da linha mediana, ou então, tendo seu maximo de intensidade nesse ponto, se estende para um ou outro hypochondrio ou um só, o que é raro. Em alguns casos, ella é acompanhada ou substituida por uma sensação de pulsações.

Pouco tempo depois do apparecimento da dôr epigastrica sobrevem a rachidiana. É fixa durante toda a duração da molestia e se assesta ordinariamente ao nivel das tres ultimas vertebrae dorsaes ou da primeira lombar; quando intensa, pôde alternar com a dôr epigastrica.

Brinton parece levado a crêr que existe uma relação entre a séde da dôr e a séde real da ulcera. Assim, para elle, uma dôr umbilical indica uma lesão da grande curvatura; uma ulceração do cardia causa um ponto doloroso no hypochondrio esquerdo, cuja dôr se exaspera no terceiro tempo da deglutição, e a do pyloro no hypochondrio direito. Tambem considera como de grande importancia para esse diagnostico o desvio simultaneo desses dous pontos dolorosos, epigastrico e rachidiano.

A pressão do epigastro, algumas vezes intoleravel, determina dôr intensa limitada a esse ponto doloroso; de ordinario essa pressão desperta simultaneamente a dôr spinal que em alguns casos predomina.

O decubito fornece igualmente dados importantes para determinar a séde da ulcera. Este character, estudado a principio por Osborne e mais tarde por Brinton, consiste no facto do doente tomar sempre uma posição em que as substancias contidas no estomago não possam achar-se em contacto com a solução de continuidade. Assim, a posição vertical convem ás ulceras da pequena curvatura; as da face anterior levão o doente a deitar-se sobre o dorso; e as da face posterior sobre o ventre; se occupão as proximidades de um ou outro orificio, então o decubito será do lado correspondente.

As paixões deprimentes, o medo, a anxiedade, a colera, o frio e a humidade, sobretudo nos pés, determinão ordinariamente accessos dolorosos, seguidos ás vezes de convulsões geraes por uma excitação reflexa sobre o eixo cerebro-espinhal. Um exercicio physico violento ou moderado, porém prolongado, póde produzir o mesmo resultado.

Os alimentos duros e indigestos provocão a dôr, que se prolonga por todo o tempo da digestão; se, porém, são molles e de facil digestão, podem minorar esse soffrimento. Os alimentos quentes, o chá e a cerveja, são geralmente mal supportados, podendo se dar o inverso.

Emfim, nas mulheres moças a dôr augmenta muitas vezes com a approximação das regras.

O vomito, que na ordem de frequencia segue o symptoma dôr, coincide ordinariamente com ella, quer no seu comêço, quer no seu auge, terminando quasi sempre após a expulsão completa dos alimentos do estomago, expulsão ordinariamente seguida, por algum tempo, de uma ligeira sensação de calôr.

A natureza das substancias vomitadas varia segundo a época em que tem logar o vomito; são alimenticias, se se produz immediatamente depois das refeições; serão de reacção acida, se se produz algum tempo após a ingestão dos alimentos; serão biliosas, se a demora é grande; emfim, quando o vomito sobrevem em jejum, como por exemplo, após o somno da noite, compõe-se de materias fluidas, de reacção alcalina, constituido sobretudo de saliva deglutida antes de sua manifestação. Têm-se ainda em alguns casos raros observado vomitos contendo sarcinas, cuja apparição, segundo Bamberger, é frequente nos casos de dilatação anormal do estomago.

Em geral, o vomito é tanto mais frequente quanto a lesão é mais antiga, mais grave, sobretudo quando ha adherencias do estomago com os órgãos vizinhos, ou a ulcera se acha assestada na vizinhança do cardia.

Este symptoma é grave, não só pela fadiga que resulta da acção

violenta e anormal do systema nervoso e muscular, como pela rejeição dos alimentos que, não nutrindo o organismo, determinão no fim de algum tempo um estado de inanição e morte do doente.

A *hemorrhagia* é um accidente de grande gravidade, capaz de determinar uma prostração rapida; é grandemente prevenida pela obliteração dos innumeraveis vasos interessados na ulceração; se ella se produz, depende antes da congestão determinada pela digestão estomacal e das desordens mecanicas causadas pela distensão do estomago que de uma congestão simples. Quando pequena, passa desapercibida por ser incapaz de provocar o vomito; então o sangue, soffrendo a acção dos fluidos do estomago e de mistura com os ingesta, se apresenta com uma côr escura ou negra e com uma consistencia igual á do alcatrão, outras vezes assemelhando-se á bile espessada.

Não sendo especial a acção do sangue sobre a mucosa gastrica e intestinal, é necessario que a hemorrhagia seja abundante para que, estimulando por uma acção mecanica resultante da distensão do estomago e intestino, determine o vomito ou a purgação. Assim, nestes casos, pouco depois da refeição, o doente sente peso e plenitude epigastricas, tendencia á syncope, nauseas, vomitos de grande quantidade de sangue, em parte coagulado ou normal, se esse acto segue immediatamente á gastrorrhagia; se, porém, é mais tardio, apresenta-se com o aspecto de coagulos diffuentes, negros ou côr de bôrra de café, e sendo em ambos os casos misturados com alimentos. Emfim, em alguns casos raros a gastrorrhagia é fulminante, determinando a morte do doente em alguns minutos, o que acontece quando uma arteria muito importante, como por exemplo a splenica, se rompe.

Nos casos de hemorrhagia de pequena e média intensidade, o vomito pôde não se dar, sendo então o sangue expellido para os intestinos e provocando evacuações alvinas.

A constipação é a regra, o que é devido á alimentação insufficiente, aos vomitos frequentes e á atonia das paredes intestinaes.

A diarrhéa, em geral muito rara, tem sido apenas observada em certos casos de gastrorrhagia mais ou menos abundante, e sobretudo quando uma ulceração se assesta na primeira porção do duodeno.

Outros phenomenos se observão no curso da ulcera simples: um catarrho chronico, mais ou menos intenso, acompanhado de anorexia, pyrosis, ptyalismo, eructações e abahulamento do epigastro; a lingua é natural, humida, algumas vezes coberta de uma saburra esbranquiçada; a sêde é quasi sempre muito intensa e constante.

Os accessos dolorosos, os vomitos frequentes, as hemorragias, as alterações do estomago, a idade do doente são as causas que, reunidas ou isoladas, produzem no organismo, no fim de certo tempo, um cunho especial, denominado cachexia ulcerosa, que, segundo Brinton, não é um symptoma, porém sim uma reunião de symptomas, ou antes um estado que exprime soffrimento do organismo.

Esta cachexia, diz elle, fórma um character tão especial da molestia, que muitas vezes só o aspecto do doente no consultorio me permittio fazer o diagnostico.

Uma dôr intensa e repentina no epigastro, e estendendo-se a todo o abdomen, no caso de ulcera do estomago, é um signal de perfuração, que é seguido de peritonite, cujos symptomas característicos são a sensibilidade pronunciada á pressão abdominal, attitudo propria para a relaxação dos musculos dessa parte, abahulamento do ventre e tympanismo. A morte tem logar ordinariamente de 24 a 36 horas depois da manifestação desses symptomas.

É ordinariamente depois das refeições abundantes que se produz a perfuração, cujas causas occasionaes mais communs são os esforços, as contusões abdominaes, a compressão epigastrica.

A marcha é muito variavel; póde ser aguda, ou chronica, ou bruscamente interrompida por uma gastrorrhagia fulminante ou por uma perfuração. Porém nos casos de cura nota-se ordinariamente grande tendencia a reproduzir-se, o que faz com que pareça ter uma marcha intermittente, reproduzindo-se com todo o seu cortejo

symptomatico, sob a influencia de qualquer desvio de regimen ou excesso de fadiga; este character tem grande importancia para estabelecer-se o diagnostico differencial entre esta affecção e o cancro, cuja marcha é invariavelmente contínua.

A duração é difficil de precisar-se; todavia podemos estabelecer uma média de 2 a 5 annos, podendo chegar, segundo observações de Luton, a 17 annos, e, segundo Brinton, a 35 annos.

Termina ordinariamente pela cura, raras vezes pela morte.

A cura ou é completa, isto é, a ulcera se cicatriza sem deixar adherencias, e o doente volta ao seu estado anterior de saúde, ou é incompleta, o que tem logar quando a cicatrização traz adherencias do estomago com os órgãos vizinhos e embaraça seus movimentos, determinando dôres gastralgicas ou uma pylorostenose com dilatação consecutiva do estomago, acompanhada de vomitos periodicos, constipação habitual, que depois de algum tempo determina a morte por inanición. Nos casos de terminação pela morte, esta póde ser devida a uma hemorrhagia, á perfuração, á consumpção e a uma molestia intercurrente. Em cem casos observados por Brinton, a proporção foi a seguinte: cicatrização 56, perfuração 13, hemorrhagia 4, consumpção 2 e molestias intercurrentes 50.

Gastrite catarrhal aguda

A gastrite catarrhal aguda póde se apresentar sob duas fórmas: a branda—*embaraço gastrico*, a grave—*febre gastrica*.

Pathogenia e Etiologia.—A diminuição da secreção do succo gastrico, como se observa nos individuos atacados de molestias febris, sua elaboração imperfeita, em consequencia de uma diminuição da vitalidade cellular, determinando a decomposição anormal das substancias ingeridas, são causas que muitas vezes dão em resultado a gastrite catarrhal aguda.

Quanto ás causas determinantes, as principaes são : a ingestão de grande quantidade de alimentos, o uso de substancias difficeis de digerir ou alteradas por um comêço de putrefacção, a mastigação imperfeita, a temperatura muito elevada ou muito fria dos alimentos ingeridos, o regimen exclusivamente animal, o abuso das substancias gordurosas, das bebidas alcoolicas, de condimentos, o uso habitual dos narcoticos : causas que determinão a gastrite catarrhal aguda, quer pela irritação que produzem sobre a mucosa gastrica, quer pela modificação de suas secreções ou perturbações de seus movimentos musculares.

A vida sedentaria, as preocupações moraes ou intellectuaes, o máo habito de lêr comendo, a irregularidade nas horas, o trabalho immediatamente depois da comida, podem determinar a apparição desta molestia. Finalmente ainda podem ser causa desta affecção os resfriamentos, as mudanças bruscas de temperatura e uma constituição medica reinante.

Anatomia pathologica.—De algumas autopsias feitas até hoje deduz-se que na fórma branda as lesões consistem apenas em uma alteração de secreção com hyperhemia e quédá epithelial da mucosa ; e nas graves em uma injeccção fina, ora uniforme, ora disposta por arborisações, placas ou pontilhado muito fino, no augmento de volume das glandulas e ligeira infiltração do tecido intersticial, e amollecimento da mucosa que póde chegar a ponto de reduzir-se á massa, soffrendo neste caso o tecido sub-mucoso infiltração serosa ou sero-fibrinosa.

A gastromalacia ou amollecimento pultaceo e gelatiniforme de Cruveilhier, amollecimento mucoso e negro de Rokitansky, é caracterisada pela sua séde quasi constante no grande fundo de sacco, pela diminuição de consistencia da mucosa e tecidos sub-mucosos do estomago, e pela ausencia de phenomenos inflammatorios, ulcerosos e hemorrhagicos desse orgão.

Essa alteração é uma modificação cadaverica, ou contemporanea dos ultimos momentos da vida, devida á fermentação acida das

materias contidas no estomago ou á acção *post-mortem* do succo gastrico sobre os tecidos então privados de circulação. Hunter, negando sua existencia durante a vida, serve-se da expressão *autopepsia*, e diz que seus pretendidos symptomas são os das molestias que determinarão a morte do doente.

Symptomatologia. — *Fôrma branda (embaraço gastrico).* — Esta fôrma é ordinariamente precedida de prodromos caracterizados por diminuição do appetite, digestões lentas e penosas, somno agitado, inaptidão para o trabalho e um máo-estar que vai augmentando progressivamente até que a molestia se confirme. Então sobrevêm perda do appetite, aversão para os alimentos, sabor amargo da boca, lingua larga, humida e coberta de uma camada de saburra amarellada, deixando patentes depressões deixadas pelos dentes; ha máo halito, eructações fetidas ou inodoras, nauseas, vomitos de materias alimenticias mais ou menos alteradas e mucosidades alcalinas, viscosas, amarelladas ou esverdeadas; tensão do epigastro, ligeira sensibilidade desta região á pressão, constipação habitual, algumas vezes diarrhéa fetida; face sub-icterica, olhos languidos e abatidos e scleroticas amarelladas; existe uma cephalalgia frontal mais ou menos intensa, gravativa, estendendo-se algumas vezes ao occiput; as forças diminuem; ha inaptidão para o trabalho; as ourinas são amarelladas, sedimentosas e em pequena quantidade. Em alguns casos não existe febre, notando-se sómente á tarde pequenos calefrios repetidos e durante a noite agitação, insomnia, pezadêlos e uma ligeira transpiração pela manhã; em outras, porém, a febre é mais pronunciada e dura todo o dia com exacerbação para a tarde, sendo a remittencia seu typo constante.

A molestia pôde reduzir-se a esses symptomas se o doente, não commettendo imprudencia alguma, as secreções intestinaes chegam a corrigir as substancias em decomposição do estomago, que têm transposto o pyloro; porém quasi sempre a decomposição das

materias gastricas e a producção de gazes continuão, e em consequencia da irritação produzida na mucosa intestinal tem logar uma hyper-secreção dessa mucosa com movimentos peristalticos, flatulencia e producção de evacuações alvinas liquidas e esverdinhas pela presença de bile. É commum dar-se nesses casos vomitos espontaneos.

Se o doente não se submetteu á dieta, o máo-estar póde tornar-se maior, sobrevêm nauseas, vomitos mucosos esverdinhas, de sabor acido, acompanhados de diarrhéa.

Esta fórma branda da inflammação catarrhal aguda se dissipa ordinariamente no fim de dous a quatro dias ; póde, porém, prolongar-se por mais tempo, tomar a fórma grave, degenerar em alguma outra molestia ou complicar-se com novas affecções, o que acontece sobretudo quando o doente continúa a estar sob a influencia das mesmas causas que derão logar á primeira manifestação morbida. Em geral, porém, a cura se dá em pouco tempo espontaneamente ou após suores copiosos e evacuações abundantes, entrando logo os doentes em convalescença, que ordinariamente é bastante longa.

Fórma grave (febre gastrica).— Dependente das mesmas causas que a fórma precedente, a grave é caracterizada pelos mesmos symptomas, porém mais pronunciados, sendo os prodromos, quando existem, mais ou menos semelhantes.

Nesta fórma se manifestão os mesmos symptomas precedentes com grande intensidade, a febre de typo remittente e ascensão vespertina; termina-se ordinariamente do oitavo ao nono dia; além destes signaes communs, juntão-se alguns especiaes, como sejão epistaxis, sobretudo nos moços, em casos raros manchas azuladas não salientes, resistentes á pressão e assestando-se ordinariamente, e por ordem de frequencia, na parte anterior do abdomen, nos flancos, na base do peito, nas côxas e no dorso, symptoma que apparece do terceiro ao quarto dia, desapparecendo do sexto ao oitavo. Se o quadro clinico se modifica, como acontece nos paizes quentes e humidos, por uma polycholia, a febre exacerba-se e torna-se francamente remittente; o pulso torna-se duro,

vibrante e algumas vezes dicreto ; a lingua coberta de saburra amarellada, escura, dando ao doente a sensação amarga de bile ; ha vomituras ou vomitos biliosos ; ictericia mais ou menos generalizada, constipação pouco frequente, diarrhéa biliosa, acompanhada de colicas, dôr pela pressão no hypochondrio direito em virtude de congestão hepatica existente.

Na fórma grave, sobretudo nos casos em que o doente não se acha sujeito a uma medicação conveniente, a febre, bem como os outros symptomas, permanecem por mais tempo, podendo se prolongar de dous a quinze dias. A convalescença é mais demorada, as digestões não se fazem de um modo regular, senão depois de passados muitos dias.

Prognostico.— No embaraço gastrico, qualquer que seja a constituição e idade dos individuos, o prognostico é favoravel. Na fórma grave elle póde variar ; quando se trata de pessoas adultas e de constituição forte, ainda o prognostico é favoravel ; este, porém, reveste-se de alguma gravidade nos individuos velhos, fracos, depauperados. Nas crianças de mamma o catarrho agudo é uma affecção gravissima, porquanto nesses casos a morte é sua terminação ordinaria, apezar da therapeutica a mais racionalmente empregada.

Gastrite catarrhal chronica

A gastrite catarrhal chronica ou póde succeder a uma gastrite catarrhal aguda, o que se dá principalmente quando esta se prolonga por muito tempo ou reincide muitas vezes, ou póde apresentar-se desde o comêço revestida do character de chronicidade.

Pathogenia e Etiologia.—Todas as causas enumeradas no capitulo anterior como podendo produzir a gastrite aguda podem

dar logar ao apparecimento da gastrite chronica; todavia apresentaremos mais algumas, reconhecidas por todos os autores como muito importantes.

As causas que principalmente produzem a gastrite catarrhal chronica são: o uso de uma alimentação muito abundante, o abuso continuado das bebidas alcoolicas, cujo effeito nocivo sobre o organismo está na razão directa de seu gráo de concentração; todas as lesões organicas do estomago, desenvolvendo-se neste caso o catarrho em sua periphéria em virtude de uma irritação de vizinhança; o abuso dos purgativos drasticos (Durand-Fardel); a stase venosa da mucosa gastrica, que póde depender de duas condições, compressão e dilatação venosas. Quanto á compressão, ella póde depender, quer de uma lesão qualquer do figado, que actue directamente sobre a veia-porta, produzindo um obstaculo ao curso do sangue, como se dá por occasião de uma sclerose hepatica, ou de tumores situados ao nivel do hilo do figado, quer dependa de uma lesão do coração ou pulmão que, accumulando no coração direito uma quantidade de sangue maior do que a normal, diffculte a chegada do liquido que deve ser derramado no coração pelas veias cavas, que, tornando-se excessivamente turgidas, produzem embaraço na circulação hepatica, o qual determina a stase venosa no estomago, como se dá na sclerose e emphyseuma pulmonares, e nas lesões do coração direito e do orificio mitral. Quanto á dilatação que póde ser parcial ou geral do systema porta, depende ordinariamente de uma dyscrasia venosa, de um estado varicoso, cuja frequencia e importancia foi exagerada pelos antigos, porém que existe realmente, segundo o Dr. Jaccoud.

Esta fórma varicosa coincide muitas vezes com varices hemorrhoi-darias, e é mais communmente observada nos individuos de vida sedentaria e que se alimentão copiosamente, nos gottosos, hemorrhoi-darios e polysarcicos.

O catharro chronico ainda é observado em certas molestias constitucionaes, occupando o primeiro logar a tuberculose pulmonar, vindo

depois o mal de Bright. Assim vemos muitas vezes individuos tuberculosos queixarem-se mais dos symptomas de catarrho que os incommoda que dos da affecção principal. No mal de Bright a diminuição da uréa dá logar á formação de productos ammoniacaes, que, irritando a mucosa gastro-intestinal, dão origem a um catarrho chronico, phenomeno precursor da uremia.

Anatomia pathologica.— É na região pylorica que as lesões são mais notaveis. A mucosa acha-se mais ou menos avermelhada, apresentando algumas vezes placas pardacentas ou ennegrecidas. Essa côr, que não desaparece pela lavagem, é dependente de hemorragias capillares no proprio tecido da mucosa e da metamorphose da hematina em pigmentos; um embôço transparente e mucoso ou puriforme cobre muitas vezes as superficies morbidas.

A hyperhemia se apresenta sob a fórma de arborescencias vasculares mais ou menos volumosas; e, se o catarrho é de causa mecanica, a arborescencia varicosa póde estender-se de um a outro orificio do orgão.

A mucosa se hypertrophia formando numerosas dobras, e apresentando em alguns pontos tumores molles e esponjosos em consequencia de uma hypertrophia villosa, ou pequenas proeminencias separadas entre si por sulcos superficiaes, constituindo o que se chama estado mamellonado de Louis.

Segundo Frerichs, esse estado é devido a accumulos de gordura no tecido sub-mucoso, ou ao desenvolvimento de folliculos fechados e muito approximados; segundo Budd, á distensão das glandulas do estomago pela retenção dos productos excretados; segundo Forster, á hypertrophia das villosidades. O professor Jaccoud faz notar que esta ultima opinião não deve ser aceita senão nos casos em que essa alteração da mucosa occupar a região pylorica, que é o ponto em que existem vellosidades circumdando os orificios das glandulas de pepsina.

É raro que essas alterações se limitem á mucosa; em alguns casos o tecido sub-mucoso e a camada muscular se transformão em uma massa de aspecto lardaceo, apresentando a alguns millímetros de espessura, e algumas vezes mesmo um centimetro a centimetro e meio. Quando é o pyloro a parte assim lesada, dá-se uma stenose desse orificio com dilatação ventricular que lhe é proporcional; e, se excrescencias polypiformes occupão esse canal, póde dar-se sua obturação completa.

Em casos de lesão muito adiantada tem-se ainda observado a degenerescencia das glandulas encarregadas da preparação do succo gastrico, ou a transformação kistica ou graxa das outras glandulas.

Symptomatologia.—Os symptomas da gastrite catarrhal chronica são mais ou menos os mesmos da gastrite catarrhal aguda, apresentando apenas differença quanto á intensidade e caracteres.

Quando não succede ao catarrho agudo, o catarrho chronico apresenta ordinariamente uma marcha lenta, apyretica, caracterisada por phenomenos locaes e perturbações digestivas, o que nos leva a considerar-o como uma indisposição e não como uma molestia, até que se manifestem os effeitos secundarios ou tardios, constituidos pela alteração das funcções de outros aparelhos e da nutrição geral.

Os doentes accusão na região epigastrica uma sensação de plenitude, que augmenta durante o trabalho da digestão, ou de uma pressão exercida sobre esta região, transformando-se em uma dôr surda, mediocre, facilmente supportavel, com tendencia a tornar-se contínua, raras vezes apresentando-se intensa e com irradiação para as paredes thoracicas, como acontece na gastralgia.

Ao máo-estar e á dôr provocada pela ingestão dos alimentos ajunta-se a distensão do estomago, persistindo até que essas substancias mais ou menos elaboradas passem para o duodeno. Esta distensão póde depender de duas causas, segundo a época da molestia; pois, se esta está em comêço, é devida á producção gazosa anormal,

resultante da decomposição dos ingesta por deficiência de acidez do succo gastrico, que nesses casos não póde exercer sua acção dissolvente sobre os alimentos, e pela presença de muco que actúa como fermento anormal sobre o conteúdo estomacal; se já tem longa duração, é a estada prolongada dos alimentos no estomago em consequencia da paralysia de sua camada muscular que a explica. Os doentes são obrigados a relaxar suas vestes, para que a distensão do estomago não se faça á custa do diaphragma, determinando palpitações; porém, apesar dessas precauções, elles sentem-se fatigados, indispostos; têm bocejos e eructações repetidas, que, acompanhadas muitas vezes de liquidos insipidos, amargos ou irritantes pela presença de acidos anormaes, cessão com a terminação da digestão, conservando apenas um ligeiro estado de fadiga.

Phenomenos de congestão acompanhão muitas vezes os symptomas precedentes; a face torna-se vermelha, vultuosa; ha cephalalgia, tendencia ao somno, respiração lenta ou suspirosa, batimentos cardiacos frequentes, tocando, porém, pesada e fortemente a parede thoracica; em alguns casos raros nota-se reacção febril. Estes symptomas, que desaparecem pela terminação da digestão, reincidem em cada refeição por menor que seja, e são dependentes da distensão mecanica do estomago e da excitação dos pneumogastricos, reclamando do medico therapeutica especial.

O vomito alimentar, raras vezes observado, constituido de materias mais ou menos modificadas e misturadas a mucosidades, de cheiro e gosto penetrante e desagradavel por causa da existencia anormal do acido butyrico, é devido á acção incompleta do succo gastrico sobre as substancias azotadas, e tem logar immediatamente depois da refeição, ou uma ou duas horas depois, segundo condições especiaes. Quando a molestia se segue a um estado agudo ou á ingestão de substancias alteradas ou irritantes, o vomito se dá em cada refeição, persistindo algumas vezes por muitos dias; outras vezes torna-se impossivel estabelecer uma relação entre a intolerancia gastrica e a

natureza dos alimentos . As substancias vomitadas antes do estomago apresentar lesão organica bem manifesta, como a stenose pylorica e a dilatação gastrica, são as ingeridas em ultimo logar, o que tem grande importancia para o diagnostico differencial entre esta lesão e o cancro, no qual muitas vezes são expellidas substancias ingeridas a dous, tres ou mais dias, em vez de outras ingeridas depois que se achão no estomago.

O vomito não alimentar apresenta maior frequencia, sendo diversas as substancias rejeitadas : ou são viscosas, coherentes, filamentosas, ou se compõem de um liquido aquoso, abundante, transparente ou ligeiramente amarellado (pituita, gastrorrhéa). Para Frerichs os vomitos viscosos se compoem de materias hydrocarbonadas, alteradas pela acção do meio anormal ; os pituitosos apresentam a mesma composição fundamental da saliva, pois que constão em grande parte desse liquido secretado e deglutido em grande quantidade, sobretudo durante a noite. Estes vomitos mais communs no catarrho alcoolico têm logar quasi sempre pela manhã em jejum, depois de grandes esforços da parte do doente .

Vegetaes microscopicos, denominados *sarcina ventriculi*, são frequentemente encontrados nos vomitos da gastrite chronica acompanhada de dilatação permanente do estomago .

Em periodo muito adiantado desta molestia, têm-se observado vomitos escuros, côr de bôrra de café, constituídos por sangue decomposto, proveniente de erosões mais ou menos superficiaes das paredes estomacaeas.

O appetite, ordinariamente diminuido, é ás vezes exquisito ; a sêde, muitas vezes nulla, conserva-se ordinariamente normal, á excepção dos casos de febre em que se torna intensa.

O catarrho bocal é commun nesta affecção ; a boca é pastosa, amarga e exhala máo halito ; a lingua carregada, larga, apresentando nos seus bordos as impressões dos dentes ; as papillas achão-se

augmentadas de volume ; as sensações de gosto, sobretudo pela manhã, se achão alteradas.

As funções intestinaes se perturbão, observando-se constipação ordinariamente com flatulencia por inercia muscular dos intestinos, ou diarrhéa em consequencia da constipação ou da irritação da mucosa exercida pelas materias mal elaboradas. Uma ictericia mais ou menos pronunciada póde se dar pela propagação do catarrho intestinal ao canal choledoco.

Se estes symptomas persistem, um segundo periodo se apresenta, caracterisado por perda das forças, emmagrecimento e depressão psychicas. O emmagrecimento, de marcha lenta e contínua, é devido á diminuição da alimentação e á deficiencia da chymificação e absorpção gastrica ; a apathia intellectual, o desanimo e a hypochondria se explicão pela nutrição insufficiente das cellulas nervosas, determinando diminuição e enfraquecimento da excitabilidade.

Endurecimentos diffusos ou limitados podem ser percebidos na região epigastrica pela apalpação, nos ultimos periodos da affecção.

Em geral sua marcha é lenta, apresentando alternativas para melhor ou para peor, podendo durar alguns mezes ou prolongar-se algumas vezes por muitos annos. Termina-se ordinariamente pela cura, quando a molestia é recente e o individuo é moço, podendo tornar-se estacionaria nos individuos velhos ou enfraquecidos por molestias geraes, ou nos que abusão das bebidas alcoolicas ; raras vezes pela morte, e, quando isso se dá, é quasi sempre em consequencia de complicações, taes como a tuberculose pulmonar, a ulcera gastrica, a stenose pylorica, a atrophia do apparelho glandular do estomago, a degenerescencia gordurosa da tunica muscular, etc.

Prognostico.—Segundo o que fica dito, vê-se que esta affecção é grave. Entretanto, podendo terminar pela cura, sua existencia não é incompativel com a vida e mesmo com um estado de saúde relativa.

Com effeito, dependendo ainda sua gravidade da extensão e profundidade das lesões, se uma parte da mucosa gastrica se acha em estado normal e as digestões se dão mesmo parcialmente e com dôr, podemos admittir, senão a cura, pelo menos o prolongamento indefinido da molestia.

Gastrite toxica

Pathogenia e Etiologia. — Certas substancias toxicas, taes como o mercurio, o cobre, o acido arsenioso, o phosphoro, os saes de prata, os venenos vegetaes ou animaes, quando introduzidas nas vias digestivas, produzem uma gastrite super-aguda, sem todavia determinarem directamente a destruição dos tecidos do orgão, a qual, quando tem logar, depende antes da intensidade do processo phlegmatico que da acção directa da substancia toxica sobre as paredes do estomago. Se, porém, o paciente tem ingerido acidos energicos, taes como o sulphurico, o nitrico, o chloridryco e o oxalico, ou alcalis fortes, como a potassa caustica, a ammonia, o resultado será a destruição completa dos tecidos vivos, em virtude de sua combinação immediata com esses corpos.

A cavidade bucal, o pharynge e o esophago são ordinariamente séde de lesões mais ou menos graves.

Quando a affinidade chimica da substancia ingerida não se esgota no estomago, sua acção poderá então se estender aos intestinos, determinando lesões mais ou menos extensas, em relação com a energia que lhe resta.

Os venenos mais communmente empregados nos envenenamentos accidentaes são : os saes de cobre, o acido sulphurico e os venenos

vegetaes ; e nos casos premeditados o arsenico, o acido sulphurico e o cyanureto de potassio .

Anatomia pathologica.—Os acidos causticos propriamente ditos determinão lesões variaveis segundo sua quantidade e gráo de concentração mais ou menos consideravel. Quando em pequena quantidade ou um tanto deluido, sua acção limita-se á destruição por placas da camada epithelial e das camadas superficiaes da mucosa que se transformão em uma eschara molle de côr escura ou negra. Em grande quantidade ou concentrados, todas as camadas da mucosa se transformão em uma eschara negra ou amarella e friavel; a camada muscular torna-se necrosada ou infiltrada de serosidade, ficando suas fibras inapreciaveis, e a mucosa circumvizinha ás escharas inflammada, ulcerada e coberta de falsas membranas. Em alguns casos as paredes do estomago são completamente destruidas, dando logar a uma peritonite generalisada por perfuração. O sangue contido nos vasos da superficie gastrica, e muitas vezes mesmo nos troncos vasculares circumvizinhos, se apresenta coagulado, carbonisado ou com o aspecto do alcatrão ; se, porém, é um alcali a causa da lesão, o sangue se acha dissolvido e não coagulado, podendo apresentar a côr vermelha em alguns casos de envenenamento pelo acido oxalico.

As escharas produzidas pelos alcalis são mais frequentemente seguidas de perfuração em consequencia de sua maior diffusibilidade. O bichlorureto de mercurio, o phosphoro, os saes de cobre produzem escharas pardacentas ou negras, cercadas por hyperhemia ou infiltração serosa. O acido arsenioso ataca de preferencia as dobras da mucosa, que se torna tumefacta, injectada e polposa, apresentando algumas vezes uma eschara esverdinhada e coberta por um pó esbranquiçado.

A gastrite catarrhal ou crupal succede muitas vezes á ingestão dos venenos vegetaes e animaes.

Quando a eschara é muito superficial, a separação póde ser completa, revestindo-se a mucosa de uma nova camada epithelial ; quando, porém,

é extensa e profunda, a separação se dá em consequencia da suppuração e da formação do tecido cicatricial, determinando ordinariamente adherencias, communicações com os órgãos vizinhos e stenose cardiaca ou pylorica, conforme a séde da lesão.

Symptomatologia.— Podemos distinguir dous periodos de accidentes nesta affecção: no primeiro, que se segue immediatamente á ingestão do veneno, pondo de lado seus effeitos sobre os órgãos que precedem o estomago, o doente queixa-se de uma dôr mais ou menos viva e algumas vezes atroz na região epigastica, sendo logo accommettido de agitação, anxiedade e dyspnéa, vomitos que não se produzem necessariamente desde logo, ordinariamente têm logar, seguindo-se um estado geral de torpôr com cyanose e resfriamento das extremidades. A morte pôde sobrevir rapidamente com o progresso de todos esses accidentes. Se, porém, isso não acontece, um segundo periodo ou de gastrite propriamente dita se manifesta.

Neste periodo ha persistencia da sensibilidade epigastica com tensão da região e vomitos incessantes de materias mucosas, algumas vezes sanguinolentas ou misturadas com bile, e mesmo retalhos da mucosa esphacelada. Dá-se muitas vezes neste periodo a perfuração do estomago em consequencia da dissolução chimica de suas paredes pelo succo gastrico ou pela quédia das escharas determinadas pelo caustico, manifestando-se neste caso uma peritonite com abahulamento geral do ventre e inefficacia dos esforços para o vomito.

Os accidentes geraes consistem em uma febre intensa e perturbações sympathicas para o lado do systema nervoso e dos órgãos de locomoção.

Quando o doente sobrevive a todos esses symptomas, estabelece-se uma convalescença lenta e penosa, as digestões tornão-se difficeis por muito tempo, o menor desvio de regimen provoca o vomito; existe um catarrho mucoso chronico, podendo sobrevir a morte no fim de algum tempo por consumpção.

Gastrite phlegmonosa

Synonymia.— Linite suppurativa (Brinton); infiltração purulenta das paredes do estomago (Raynaud); inflamação phlegmonosa do estomago (Bamberger).

Historico.—Rhazés, Narandocus, Sennert e Heurn fôrão os primeiros autores que mencionárão esta affecção, sem todavia apresentarem factos que viessem em apoio de sua existencia. Foi só mais tarde, de 1750 em diante, que a gastrite phlegmonosa começou a ser estudada por praticos distinctos, taes como Bonnet, Hoffmann, Sauvages, Cullen, Rokitansky, Franck, Monro, Naumann, Andral, Fœrster, Hensch, Brinton, Cruveilhier, Lebert, Raynaud, Bamberger, Lancereaux, Fournier, Niemeyer, etc., de modo que hoje não pôde ser posta em duvida, como entidade morbida, a sua existencia.

Etiologia.—A gastrite phlegmonosa tem sido quasi que exclusivamente observada no sexo masculino e na idade média da vida.

Os desvios de regimen, as impressões moraes, uma alimentação insufficiente ou de má qualidade, a influencia do frio humido e sobretudo o alcoolismo, têm tambem sido considerados como podendo produzir esta affecção.

Walmann refere um caso de gastrite phlegmonosa sobrevinda em consequencia de um traumatismo.

Póde apresentar-se primitivamente em individuos sãos, ou consecutivamente, como complicação, no typho, na variola, na pyohemia, etc.

Anatomia pathologica.—As tunicas do estomago se apresentam espessadas, principalmente a cellulo-adiposa, que contém em suas malhas serosidade purulenta ou pus mais ou menos concreto, que transuda em gottas quando se pratica uma incisão e uma ligeira

pressão; em um grão mais adiantado, essa tunica póde se achar completamente destruída (Brinton), existindo nesse caso entre as tunicas mucosa e muscular grande quantidade de pus, que corre apenas é incisada uma destas membranas. A mucosa hyperhemiada e turgida apresenta muitas vezes (Rokitansky) pequenas aberturas, especies de trajectos fistulosos, estabelecendo communicação entre o tecido submucoso e a cavidade estomacal, pelas quaes a pressão faz transudar pus contido nas partes profundas, ou ulcerações em geral pouco extensas, arredondadas ou ovaes, e comprehendendo toda a espessura do seu tecido. A tunica muscular descorada, mais tarde de um pardo avermelhado, é espessada e infiltrada de serosidade e pus, tornando-se de apparencia gelatiniforme; como lesão concomitante, encontra-se algumas vezes uma alteração grando-gordurosa. A serosa póde não se achar alterada ou apresentar todos os grãos de inflammação, desde a hyperhemia limitada até a producção de falsas membranas, adherencias com os órgãos vizinhos, podendo em certos casos suppurar e em outros determinar uma peritonite generalizada, ou um pleuriz, ou uma pericardite.

Em alguns casos, posto que raros, em vez da infiltração purulenta, o pus se reúne formando abcessos, que podem ser unicos ou multiplos, occupando o maior numero de vezes as circumvizinhanças do orificio pylorico. O volume desses abcessos varia desde o tamanho de uma cabeça de alfinete até o de uma noz; sua abertura póde dar-se para o interior da cavidade gastrica, ou para o exterior do órgão, trazendo desordens secundarias em relação com a séde da ruptura.

Symptomatologia e marcha. — Quando ha infiltração purulenta, ordinariamente manifestão-se phenomenos precursores caracterisados por máo-estar, febre e vomitos biliosos, mais ou menos frequentes, até que a molestia se confirme. Então sobrevêm dôres abdominaes muito intensas, sobretudo na região epigastrica, exasperadas pela

pressão; anorexia, sede intensa, náuseas, língua saburrosa, e ás vezes uma ligeira ictericia; o pulso é pequeno, filiforme, a superficie cutanea diminue de temperatura e cobre-se de um suor frio; ha alteração da physionomia, anxiedade; enfim a intelligencia, a principio intacta, perturba-se, e sobrevem delirio, seguido de morte.

Tem-se observado diminuição da secreção urinaria.

A coexistencia de uma peritonite determina exacerbação dos symptomas já enunciados com o apparecimento de outros que lhes são peculiares.

A marcha desta molestia, quer haja ou não peritonite, é essencialmente aguda, sendo sua duração ordinariamente de dous a dez dias; sua terminação pela cura póde se dar pela formação de um tecido cicatricial nos espaços areolares da camada submucosa, podendo apparecer mais tarde, como consequencia da retracção cicatricial, uma stenose pronunciada do proprio estomago ou do orificio pylorico. Bamberger e Niemeyer dizem existir no muséo de Erlangen peças pathologicas que demonstrão essa terminação favoravel.

Quando ha formação de abcesso, a molestia tem uma marcha aguda ou chronica. No primeiro caso, os symptomas são mais ou menos os acima mencionados: vomitos, diarrhéa, grande sensibilidade na região epigastrica, anorexia, sede intensa com seccura da lingua e um estado geral grave.

No segundo caso, sua symptomatologia apresenta grande obscuridade, podendo, em virtude de sua marcha lenta e sua reproducção em intervallos afastados, confundir-se com quasi todas as molestias chronicas do estomago; ha dôres epigastricas, náuseas, anxiedade, vomitos alimenticios ou mucosos, misturados ás vezes com sangue e pus, provenientes de uma ulcera gastrica, ou da ruptura de um abcesso na cavidade gastrica; afinal apparece um emmagrecimento notavel, seguido de febre hectica e morte.

De marcha ordinariamente longa, sua terminação é variavel: póde acontecer que o abcesso não se rompa, vindo o individuo a fallecer

por marasmo ; póde romper-se na cavidade gastrica e o pus ser expellido, dando-se a cicatrização da solução de continuidade, ou abrir-se para a parte externa do estomago, e nesse caso o pus, derramando-se na cavidade abdominal, determina uma peritonite mortal.

Finalmente, quando se dão adherencias do estomago com o peritoneo, o pus póde atravessar a parede abdominal por uma perfuração dos tegumentos, determinando uma fistula estomacal ; se, porém, estas se derem com os órgãos vizinhos, o pus poderá então derramar-se nesses órgãos.

Prognostico.—É muito grave; comquanto se tenha observado alguns casos de cura, é a morte sua terminação ordinaria. Os abcessos de marcha chronica são menos graves que os de marcha aguda.

Gastralgia

Synonymia.—Gastrodynia, cardialgia, cardiodynia, dyspepsodynia, passio cardiaca, affectus cardiacus, cardiogmus, espasmo, caimbra, colica do estomago.

Pathogenia e Etiologia.—A gastralgia é uma das especies de nevralgia as mais frequentes. Mais commum na mocidade e na idade adulta, é rara depois dos cincoenta annos, atacando de preferencia o sexo feminino, principalmente se é o temperamento nervoso o que predomina.

Quasi todos os autores considerão esta affecção como hereditaria. Schmidtman refere alguns exemplos de herança da cardialgia. Hoffmann falla della como cousa muito commum.

As emoções vivas, e sobretudo o medo, as affeições moraes tristes, as

contrariedades, os pezares prolongados, as paixões violentas, como o ciúme, a colera, o jogo, a ambição, podem ser encaradas como exercendo grande predisposição para esta nevrose.

A prenhez exerce também alguma influencia como causa predisponente; nada mais frequente que vêr gastralgias desenvolverem-se nas mulheres peçadas em todas as épocas da gestação, sobretudo no comêço.

Certos estados morbidos geraes, como a chlorose, as anemias tuberculosa, palustre, plumbica e mercurial, estados diethesicos como sejam o herpetico, o dacthiroso, o rheumatico, o syphilitico; secreções fluxionaes anormaes, como sejam a leucorrhéa, a spermatorrhéa, a galactorrhéa; as suppurações abundantes, as hemorragias, etc., pelo estado de debilidade que produzem sobre o organismo, augmentão ou determinão o estado nervoso e predispoem á gastralgia.

É frequente vêr esta nevrose existir ao mesmo tempo que a hysteria, a hypochondria e a hemicraneia.

A habitação nas cidades, a humidade, o calor, certas constituições medicas, certas idiosyncrasias explicão muitas vezes o seu desenvolvimento.

A supressão de certos fluxos habituaes, como o menstrual, o hemorrhoidal, o leucorrhoeico. Barras cita o exemplo de um individuo atacado de hemorrhoides, que sentia dôres no estomago todas as vezes que seu fluxo hemorrhoidal se supprimia, o que podemos explicar talvez por uma acção metastatica.

A vida sedentaria, as vigílias excessivas, os trabalhos intellectuaes, principalmente após as refeições, o abuso dos prazeres venereos, a continencia e o onanismo, actuando sobre o systema nervoso, dão muitas vezes logar a gastralgias.

O abuso das bebidas emollientes, das carnes brancas, um regimen muito severo, debilitando profundamente a constituição; o abuso das bebidas alcoolicas, do chá, do café, do gelo, das bebidas acidas ou fermentadas, de certos medicamentos irritantes, como a magnesia,

a therebenthina, a copahyba, o sulfato de quinina, os drasticos, contribuem poderosamente para o apparecimento da gastralgia.

As affecções da medulla ou do cerebro, como a myelite aguda, a sclerose cerebro-spinal; a existencia de tumores que, no craneo ou no thorax, comprimão cordões do nervo vago ou do sympathico, e no abdomen o plexo-solar; as affecções dos órgãos intestinaes, como do figado, do baço, do pancreas, dos rins; os vermes intestinaes; as lesões utero-ovarianas, sobretudo por occasião das épocas menstruaes, são quasi sempre, por uma acção indirecta ou reflexa, acompanhadas de acessos gastralgicos.

Romberg admite duas fórmulas de gastralgias: uma dependente de uma hyperesthesia do nervo vago, a que deu o nome de gastralgia nevralgica, e outra dependente de uma hyperesthesia do plexo-solar, denominada coeliaca.

Esta distincção, talvez admissivel em theoria, não é de utilidade pratica, por ser difficil, como bem diz Henoch, determinar se as dores gastralgicas em um doente se assestão nos filetes do nervo vago ou nos do grande sympathico.

Symptomatologia. — A gastralgia raras vezes se desenvolve bruscamente; ordinariamente apresenta phenomenos precursores constituidos por difficuldade da digestão, sensação de replecção, peso, calor e dores surdas na região epigastica, inaptidão para o trabalho corporal ou intellectual, eructações gazosas e nauseas; ás vezes começa repentinamente, e é então caracterisada por uma dôr urente, roedora, contusiva, lancinante, constrictiva ou mesmo agonisante, que obriga o doente a mudar constantemente de posição e a se curvar afim de soffrer menos; sua face empallidece e cobre-se de suor frio, seus traços e seus olhos tornão-se agonisantes, conservão-se immoveis, como que sob o dominio da dôr, que pôde chegar a ponto de produzir syncope.

Schmidtman observou delirio e convulsões em mulheres de sensibilidade exaggerada.

A fôrma rápida é frequente nos individuos nervosos, debilitados, chloroticos, apesar da integridade das funcções gastricas; nos robustos esta fôrma é rara, exceptuando-se o caso em que, existindo perturbações digestivas, os ingesta actuem como causa occasional.

A dôr, raramente contínua e ordinariamente intermittente ou remittente, tem seu maximo de intensidade na região epigastica na terminação do appendice xyphoide, podendo estender-se ao dorso, ás paredes thoraxicas, aos hypochondrios, aos rins e aos cordões spermaticos; augmenta mais ou menos com a ingestão dos alimentos, ou durante a digestão, que se torna demorada e dolorosa; augmenta pela pressão brusca e irregular produzida por um corpo estreito como a ponta de um só dedo, diminue pela pressão methodica progressiva e regularmente exercida com a palma da mão. Em casos raros, quando a dôr se localisa na parede posterior do estomago, a pressão, posto que exercida regular e methodicamente, a exagera consideravelmente, o que não é de admirar, visto como a parte dolorosa é levada de encontro á columna vertebral.

Nessas crises observa-se muitas vezes dyspnéa, prostração, resfriamento das extremidades, pulso pequeno, serrado, intermittente; a região epigastica torna-se abahulada, globulosa pela pneumatose estomacal, porém é mais commum sua retracção com tensão das paredes abdominaes por acção reflexa.

Doentes ha, entretanto, em quem a gastralgia não apresenta essa sensibilidade exagerada, e antes, diz Barras, «um máo-estar penoso e indefinivel na região epigastica, acompanhado de nauseas, abatimento, anxiedades e algumas vezes de sensações exquisitas»; alguns têm sensação de frio glacial ou de calôr intenso; em outros parece que o estomago se dilata extremamente e está prestes a romper-se, ou que está completamente vazio e retrahido; outros têm sensações como que de insectos em movimento na mucosa gastrica: seria muito fastidioso enumerar todas as perversões de sensibilidade experimentadas pelos gastralgicos.

O appetite, algumas vezes normal, póde augmentar, diminuir ou perverter-se, o que é principalmente observado nos individuos chloroticos e anemicos; a sêde, ordinariamente normal, póde attingir á polydipsia.

As secreções do estomago soffrem em muitos casos modificações quanto á sua quantidade e qualidade; outras vezes são pneumatoses que se produzem, sobretudo depois das refeições.

As nauseas e as eructações são frequentes; os vomitos são raros e constituídos por substancias ingeridas, quando têm logar depois das refeições e por mucosidades mais ou menos espessas, misturadas ou não com bile, quando têm logar pela manhã; não são persistentes como os da gastrite chronica e do cancro; têm logar com grandes intervallos ou em dias consecutivos, depois dos quaes vem um longo espaço de tempo sem se produzirem.

Tem-se observado algumas vezes o soluço.

A lingua, natural, larga, humida, sem sabôr algum, algumas vezes se apresenta coberta de uma saliva espumosa e abundante; raras vezes é secca, sómente em um periodo adiantado da molestia.

A diarrhéa é rara; a constipação, pelo contrario, sendo um estado quasi habitual, é ordinariamente acompanhada de flatulencia, meteo-rismo, tensão do ventre e colicas.

Durante os accessos, as ourinas são claras e transparentes, apenas com uma ligeira côr amarellada; depois quasi sempre abundantes.

A hypochondria, o desanimo, a tristeza, o desgosto da vida, a inaptidão para o trabalho têm sido observados em alguns doentes. O somno é ordinariamente calmo.

A cephalalgia é um phenomeno frequente; as vertigens, as exaltações dos sentidos do gosto e olfacto, e as lypothymias são raras.

A face, ordinariamente pallida, exprime um estado de abatimento e ás vezes de soffrimento.

As funções respiratorias e circulatorias nada apresentam de anormal, a não ser nos accessos violentos em que tornão-se um pouco

acceleradas ; não ha tosse gastrica ; o pulso cheio, e pouco frequente nos accessos pouco intensos, torna-se nos violentos concentrado e frequente ; ha calefrios eroticos, palpitações ; o calor da pelle é normal, notando-se ás vezes grande sensibilidade ao frio e restrição das extremidades. Não ha febre : se algumas vezes depois de accessos violentos, repetidos e de um regimen debilitante, sobrevem um movimento febril lento, isso dependerá quasi sempre de uma complicação organica.

Marcha, duração e terminação.—A gastralgia tem uma marcha muito irregular, sobretudo quando ella se prolonga por muito tempo. Os accessos gastralgicos podem ter logar em qualquer hora do dia ou da noite, porém é principalmente depois das refeições que se manifestão.

Sua duração varia de alguns minutos até dez ou doze horas ; se tem por causa a ingestão de alimentos excitantes, são passageiros ; se, porém, se desenvolvem espontaneamente, ou dependem de um tratamento antiphlogistico energico e de um excesso de severidade no regimen, durão por muitos annos, ás vezes por toda a vida, permitindo aos doentes apenas alguns intervallos de repouso mais ou menos prolongado.

A terminação é na maioria dos casos, senão sempre, favoravel. Entretanto alguns autores, e entre elles Barras, citão casos em que a gastralgia terminou pela morte ; convem notar que nesses casos sempre havia uma outra affecção concomitante, sob cuja influencia se produzião perturbações digestivas, e á qual deve ser attribuida a terminação fatal.

Quando a molestia persiste por muito tempo com accessos repetidos, produz o desenvolvimento de uma outra nevrose ainda mais grave, como a hysteria ou a hypochondria.

Alguns autores admittem que a gastralgia possa se terminar pelo cancro do estomago ; porém os factos conhecidos não são favoraveis

a essa opinião. Todavia não repugna absolutamente admittir que as profundas e numerosas perturbações da sensibilidade, da contractilidade e das secreções do estomago não possam, depois de muito tempo, sendo admittida a predisposição, produzir a formação dos tecidos anormaes nesse órgão.

Prognostico.—Não se deve considerar a gastralgia como uma affecção grave, no ponto de vista de sua terminação, a menos que não haja complicações, que são excepçionaes.

Quando sobrem em individuos anemicos ou chloroticos, submetidos a um regimen dietetico muito severo, póde durar por muitos annos, porém ordinariamente ella cede a um tratamento bem dirigido.

Dyspepsia.

A dyspepsia essencial divide-se, quanto á duração, em aguda e chronica, subdividindo-se a aguda em accidental e temporaria; quanto aos caracteres especiaes, divide-se em flatulenta, gastralgica, acida atonica, bolimica, syncopal e hypercrinica ou pituitosa.

Etiologia.—As causas da dyspepsia são predisponentes e determinantes.

Causas predisponentes. — A dyspepsia não poupa idade alguma; contudo acreditamos que a primeira infancia e a velhice sejam as mais frequentemente predipostas a contrahir a molestia. Na primeira infancia, pela irregularidade com que são distribuidas as refeições; na velhice, pelo desequilibrio dos movimentos de composição e de decomposição organicas, em virtude do qual o apparelho digestivo participa da debilidade e atonia geral do organismo.

Uma organização delicada, um systema nervoso impressionavel,

habitros geralmente sedentarios expõem particularmente a mulher á dyspepsia. Se ajuntarmos a estas causas certas condições physiologicas que lhe são proprias, taes como a menstruação, a prenhez, o aleitamento, a menopausa, tantas vezes acompanhadas de perturbações digestivas, e, enfim, a *sympathia* observada do estomago para com as affecções uterinas e peri-uterinas, parece que a mulher deve ser mais vezes victima da dyspepsia que o homem. Porém a maior frequencia dos diversos generos de excesso commettidos pelo homem diminue muito a differença que pareceria existir debaixo deste ponto de vista entre os dous sexos.

Todos os temperamentos são predispostos á dyspepsia; o nervoso, porém, é mais sujeito a esta affecção. O mesmo se dá com as constituições, sendo os individuos de constituição fraca os mais sujeitos.

De todos os climas é o quente que mais contribue para o desenvolvimento da molestia em questão. Com effeito, nos habitantes de um clima quente, como o nosso, o calor, actuando sobre o organismo, ao mesmo tempo que exalta as funcções da periphèria, abate as centraes; dahi a grande diminuição do appetite, carecendo do auxilio dos condimentos ou adubos excitantes para estimular e facilitar a acção dos órgãos digestivos, cujas funcções se achão difficeis e lentas, e a absorpção languida.

A habitação nas grandes cidades predispõe mais ás dyspepsias do que a habitação no campo. No mesmo caso se acha a habitação em logares humidos, mal arejados, pouco espaçosos e não em relação com a quantidade de individuos que ahi demoram.

As profissões que exigem certa posição do corpo, ausencia de movimento, falta de intervallo conveniente entre as diversas refeições, etc., as profissões manuaes, que exigem a posição assentada e um trabalho penoso e prolongado, como a do sapateiro, a do alfaiate, etc., as profissões scientificas, como a do medico, a do professor, a do jurisconsulto, etc., concorrem poderosamente para a producção da dyspepsia.

O exercicio corporal em excesso ou insufficiente, ou coincidindo com as digestões, ainda póde ser causa desta affecção.

Finalmente os trabalhos de espirito durante a digestão, as paixões deprimentes, como um amor contrariado, a nostalgia, a inveja, o ciume, os transtornos politicos e pecuniarios, etc., as causas deprimentes, como uma medicação expoliadora não indicada, a lactação prolongada, a leucorrhéa, as perdas seminaes involuntarias, o onanismo, o abuso dos prazeres sexuaes, e diversas diatheses ou cachexias como a syphilitica, a paludosa, etc., podem ser causas de dyspepsia, ou porque subtraíão ao estomago uma parte do influxo nervoso que lhe é destinado, ou porque destruão as condições de equilibrio entre as forças e funções vitaes, ou porque alterem o sangue, ou, emfim, porque tragão uma atonia de todo o organismo.

Causas determinantes. — Um excesso na alimentação ou nas bebidas, a má distribuição nas refeições, uma alimentação insufficiente como as das pessoas que jejuão constantemente, das que vivem na miseria, que em virtude de uma sobriedade mal entendida se alimentão mui parcamente, dando em resultado diminuição dos productos uteis da digestão, o uso de alimentos e bebidas de máqualidade, como das carnes gordas, as carnes seccas, as partes visceraes como o figado, bofe, etc., as gorduras e os alimentos já alterados, o pão crú, as massas, as frutas verdes, etc., as bebidas espirituosas em excesso como a aguardente, o cognac, a cerveja, etc., os alimentos solidos ou liquidos muito quentes como o chá, o café usado por muitas pessoas, são causas que contribuem poderosamente para o apparecimento da dyspepsia.

A mastigação e a insalivação insufficientes, provenientes ou da alteração no apparelho dentario, ou por precipitação na alimentação, assim como a alteração nos principios constituintes da saliva, a mudança de reacção, a presença de principios novos como o pus, etc., podem tambem, segundo alguns medicos, determinar a dyspepsia, ou porque tragão, irritando, uma hyperhemia da mucosa, ou

ainda porque, faltando o succo salivar, os alimentos feculentos soffrão só mais tarde sua transformação.

A influencia de certos habitos, como o abuso dos vomitivos e dos purgativos, determinando, como o dos estimulantes, um enfraquecimento da excitabilidade, ou uma irritação permanente do estomago, o uso e abuso de certos medicamentos, quer determinem uma acção irritante sobre a mucosa gastrica como o nitrato de prata, a digitalis, os saes de quinina, os mercuriaes, o iodo, os balsamos, etc., quer diminuição ou embotem a energia das funcções digestivas, como o opio e seus alcaloides, o mcimendro, a belladona, etc., são muitas vezes causas desta nevrose.

O uso immoderado do tabaco, quer fumado, quer aspirado, podendo sobretudo neste ultimo caso chegar, ainda que poucas vezes, uma porção ao estomago, por suas propriedades irritantes e stupefacientes, póde determinar uma exaggeração nas secreções e um relaxamento da tunica muscular; além disso, elle exerce, quando fumado em excesso, um enfraquecimento notavel sobre o systema nervoso, do qual o estomago não póde deixar de resentir-se.

Muitas outras causas podem ainda determinar a dyspepsia, e que só confusamente podem ser nomeadas, como uma gastrite chronica, um cancro ou ulcera do estomago, as emoções moraes que abalão profundamente o systema nervoso, um accesso de colera, o terror, uma forte dôr, uma noticia inesperada, um violento exercicio muscular, os banhos geraes frios ou quentes trazendo uma congestão para os órgãos internos ou provocando um grande affluxo de sangue para a periphéria, as emissões sanguineas, como as sanguesugas, as hemorragias traumaticas, por perturbar a circulação e innervação gastricas, as bebidas muito frias ou geladas, trazendo a supressão da hyperhemia normal e necessaria para a digestão, etc.

Symptomatologia.—**DYSPEPSIA AGUDA ACCIDENTAL OU INDIGESTÃO.**
—Os phenomenos que caracterisão a dyspepsia aguda accidental são

muito variaveis quanto á sua intensidade, podem ser mais ou menos graves, e para tornar o estudo mais methodico estabelecemos de accordo com os autores as fórmulas seguintes : branda, média e intensa ou grave.

Fôrma branda.—Nesta fórmula o doente sente um máo-estar indefinido, tendencia ao repouso, peso e distensão da região epigástrica, eructações frequentes, cujo cheiro assemelha-se desagradavelmente ao sabôr dos alimentos e bebidas ingeridos, boca sêcca, pastosa, sêde mais pronunciada, pulso mais frequente, bocejos e pouca aptidão aos trabalhos do espirito e do corpo. Este complexo de symptomas, que se mostram ordinariamente pouco depois das refeições, persistem por algumas horas ; depois tende a regularisar-se e segue seu curso normal, quer em consequencia de meios hygienicos empregados, ou porque a indigestão se tenha tornado intestinal, e promova evacuações mais ou menos abundantes.

O appetite diminue por um tempo mais ou menos longo.

Fôrma média.—Esta fórmula offerece a principio o mesmo quadro symptomatico que a primeira, porém com mais intensidade. O epigastro, mais ou menos fortemente distendido, é então sêde de contracções e de dôres espontaneas bastante fortes ; a percussão do estomago dá um som obscuro ou tympanico, conforme a distensão é causada por alimentos ou por gases. Ao mesmo tempo apparecem arrôtos frequentes, acidos, azêdos e inodoros ; nauseas, salivação exagerada e vomitos alimenticios frequentes, que podem se tornar biliosos, caso elles continuem depois de completamente evacuado o estomago destas substancias. Além destes symptomas, sobrevêm outros geraes, taes como febre mais ou menos intensa, calefrio, pulso cheio e accelerado, face vermelha, conjunctivas injectadas, peso de cabeça ou verdadeira cephalalgia. Outros doentes ha que apresentam um cortejo diverso de symptomas : suores frios com resfriamento para as extremidades, face pallida, pulso pequeno,

depressivel, perturbações para o lado da visão e debilidade geral a ponto de terem vertigens.

Fórma intensa ou grave.— Ainda mais intensos e mais graves são os symptomas que marcão esta fórma, que podemos considerar como excepcional. Assim, a distensão do estomago é levada a ponto de impedir a regularidade da respiração e dos movimentos cardiacos, ameaçando a todo o instante suffocar o doente; os arrôtos, as nauseas e os vomitos, que nesta fórma são difficeis, apparecem produzindo grande allivio ao doente, e quando elles não se apresentam podem dar-se então accidentes mais graves, como a ruptura do estomago, que é rara, uma syncope mortal, uma congestão ou uma hemorrhagia cerebral. A febre é muito intensa, a pelle torna-se quente, o pulso cheio, frequente e forte, a face turgida, os olhos vermelhos e brilhantes, e emfim o doente apresenta-se com tonteiras e cephalalgia mais ou menos intensa.

Outras vezes os symptomas são diversos: o doente apresenta-se pallido, profundamente abatido e sujeito a syncopes, pulso pequeno e filiforme, e extremidades frias. Outros cahem em uma somnolencia ou coma com resolução dos membros, respiração lenta, pulso fraco e accelerado, e emfim casos ha em que estes symptomas se complicão com convulsões epileptiformes muito violentas.

A maior parte, porém, desses symptomas assustadores desta fórma desaparece com os vomitos ou as evacuações, quando são combattidos energicamente.

DYSPEPSIA AGUDA TEMPORARIA.— As funcções digestivas se enfraquecem, tornão-se difficeis e dolorosas pela irregularidade do regimen, má preparação dos alimentos, fadigas excessivas, lautas refeições succedendo á abstinencia. Se essas causas continuão, os symptomas tornão-se mais pronunciados, conservando-se apenas o appetite que, quando satisfeito em excesso, é acompanhado no fim de algumas horas de flatulencia, gastralgia, acidez; as refeições da tarde trazem

dyspepsias nocturnas pronunciadas; o somno se perturba; sobrevêm o emmagrecimento, a pallidez, a inquietação, tornando o estomago depois de alguns dias susceptivel, irritavel e mesmo rebelde.

DYSPEPSIA CHRONICA.—*Fórma flatulenta*.—Esta fórma de dyspepsia, talvez a mais frequente de todas, é caracterisada por uma superabundancia de gazes nas vias digestivas. Como sabemos, no estado de saúde existe normalmente uma certa quantidade de gazes, no apparelho digestivo, e que esses gazes favorecem o cumprimento de suas funcções. Sua presença não é pois pathologica senão quando é exagerada, o que se traduz por perturbações morbidas.

É ordinariamente duas ou tres horas depois das refeições que se produz a flatulencia, podendo variar mesmo no mesmo individuo sem razão alguma apparente.

Podemos distinguir dous grãos na flatulencia estomacal. No primeiro, que é o mais brando e mais ordinario, a tumefacção do estomago determina uma sensação de máo-estar, mais incommodo que doloroso; todavia, se as vestes se achão muito apertadas, este incommodo póde ser substituido por uma dôr surda na região epigastrica e nos hypochondrios. Depois de uma estada variavel no estomago, os gazes, que ordinariamente são inodoros e insipidos, são expellidos pela boca, produzindo grande allivio, porém de curta duração, pois que elles se reproduzem com uma rapidez e persistencia desesperadora enquanto dura a digestão estomacal. Sua terminação faz cessar a flatulencia e o máo-estar que produzia.

Apezar desta perturbação funcional, a saúde conserva-se satisfactoria, bem como o appetite.

O segundo gráo não é senão a exaggeração do primeiro. Quer a producção dos gazes seja excessiva, ou que estes gazes, em lugar de serem expellidos, como na precedente, sejam retidos e se accumulem no estomago, este orgão póde tumefazer-se a ponto que sua fórma se desenhe através das paredes abdominaes. Então não é mais um

máo-estar que experimenta o doente, porém verdadeiras dôres, uma especie de colica para o epigastro, sob as falsas costellas, e até na região dorsal correspondente.

Ainda a distensão excessiva do estomago determina o recalçamento das paredes thoracicas; dahi perturbações mais ou menos notaveis na respiração e na circulação, bocejos, oppressão, e em alguns casos uma verdadeira suffocação.

A estes phenomenos, já muito penosos e assustadores para o doente, se ajuntão ordinariamente palpitações e em alguns casos irregularidade nos batimentos cardiacos. Com effeito, este orgão é recalçado para cima com o diaphragma, e sua posição, de ligeiramente obliqua que era normalmente, torna-se quasi horizontal e superficial, o que póde ser verificado pela apalpação, auscultação e percussão. Assim as bataduras parecem dar-se debaixo da mão, o ouvido percebe os ruidos mais fortes, mais claros e em um ponto do peito mais elevado. Emfim a percussão dá som tympanico na região ordinariamente occupada pelo coração e agora occupada pelo estomago; ao mesmo tempo nota-se obscuridade ácima da região cardiaca.

Esses phenomenos desapparecem ordinariamente com a expulsão dos gases; quando, porém, isso não se dá, ou dá-se insufficientemente, o doente empallidece, o rosto cobre-se de suor, e póde mesmo ser atacado de syncope.

O temperamento nervoso é o que mais predispõe a esta fórma de dyspepsia; bem que frequente 'no homem, é ainda mais commum na mulher e nas pessoas delicadas ou debilitadas. A falta de exercicio corporal, a vida sedentaria, a compressão exercida sobre o ventre pelas vestimentas, a precipitação nas refeições, o uso de alimentos grosseiros ou de digestão difficil produzem com frequencia esta fórma de dyspepsia. O regimen vegetal e em particular os legumes e os feculentos favorecem tambem a producção dos gases digestivos.

Fórma gastralgica. — Nos casos brandos, ou no comêço dos casos mais intensos, os doentes dizem sentir o estomago, experimentão

sensações mais ou menos penosas de incommodo, peso, plenitude ou distensão ao nível do epigastro. Não ha dôr propriamente dita neste periodo. Porém a dyspepsia tem já alguma duração, a constituição e o temperamento do individuo se prestão: então as sensações prece- dentes são substituidas por verdadeiras dôres, analogas por sua in- tensidade ás das nevralgias; a dyspepsia reveste a fórmula gas- tralgica.

Algun tempo, e algumas vezes mesmo immediatamente depois da ingestão dos alimentos, os doentes sentem no estomago dôres, cuja violencia e caracter são muito variaveis: ora são picadas, repuxa- mentos penosos, ora a dôr é aguda, lancinante, ou terebrante, outras vezes é uma sensação de contusão, de despedaçamento, de queima- dura, etc. Alguns doentes comparão a dôr que sentem á que produ- zem as caimbras ou contracções dos musculos voluntarios, e com especialidade dos musculos da perna ou da planta dos pés.

Quando essas dôres são muito intensas, os soffrimentos do doente exagerão-se, a ponto de lhe não permittirem posição alguma com- moda. Para uns a posição assentada com o tronco inclinado para diante parece a melhor; outros só se sentem um pouco alliviados com o caminhar apressadamente; outros, enfim, não podendo con- servar nenhuma dessas posições, atirão-se ao chão, rolaõ e se estorcem sem encontrar o mais pequeno allivio para essa dôr que tanto os desespera. Quasi sempre todos esses phenomenos assustadores se dissipão, apenas se completa o trabalho digestivo, ou ainda quando as substancias ingeridas são expellidas pelo vomito.

A séde da dôr é tão variavel como a sua fórmula. Manifesta-se ordina- riamente na axilla e se propaga para os hypochondrios e dorso, onde ella é ás vezes muito intensa, ao longo das vertebraes dorsaes, entre os hombros ou na ponta do omoplata. Outras vezes ella se irradia para os espaços intercostaes. Estas especies de dôres podem mesmo apresentar-se mais fortes que a do estomago, a ponto de a encobrir completamente e de fazer crêr na existencia de uma lesão organica.

A dôr tem uma duração mais ou menos longa, porém geralmente inversa de sua intensidade, podendo entretanto persistir algumas horas com grande violencia. Quanto ao momento de sua apparição, é muito variavel: quando pouco intensa, ella se dec lara pouco tempo depois da ingestão dos alimentos; quando mais violenta, pelo contrario, ella pôde mostrar-se em todos os periodos do trabalho digestivo. Seu character constante é sua coincidencia com a digestão. É o que distingue sobretudo a dyspepsia gastralgica da gastralgia propriamente dita. Esta ultima é ordinariamente uma affecção primitiva, e completamente independente das difficuldades do trabalho digestivo; ella se mostra com este character nas pessoas de um temperamento nervoso e coexiste com outras nevralgias que se succedem ou se substituem mutuamente. Como todas as nevralgias, ella apparece em intervallos irregulares, muitas vezes fóra do tempo da digestão, que torna-se facil. A ingestão dos alimentos pôde mesmo allivial-a, assim como uma compressão larga e branda sobre o epigastro.

Esta fórma de dyspepsia observa-se principalmente nas pessoas nervosas em consequencia de pezares ou preoccupações prolongadas, de trabalhos intellectuaes excessivos, de irregularidades de regimen, de excesso de mesa, de alimentação grosseira ou muito pouco substancial. É menos commum, porém mais penosa e ordinariamente mais assustadora que a fórma flatulenta.

Fórma acida. — Como a flatulencia e a gastrodynia, é a acida uma das fórmas mais communs da dyspepsia. Seu symptoma predominante é a acidez mais ou menos pronunciada das materias contidas nas vias digestivas, como a superabundancia de gazes e a dôr predominão nas fórmas precedentes.

Tres são os grãos desta fórma, simples azia, pyrosis e dyspepsia grave.

Certas circumstancias etiologicas parecem produzir a dyspepsia acida: assim a chloro-anemia, uma constituição fraca ou enfraquecida, quer pelo trabalho, quer pelos excessos, a vida sedentaria dos

indivíduos de gabinete, bem como o abuso da alimentação feculenta e assucarada.

No primeiro gráo, quando a dyspepsia se limita á simples azia, seus symptomas são pouco numerosos, e sua marcha é ordinariamente a seguinte : depois de uma refeição na qual tenham prevalecido os principios feculentos e assucarados, a digestão se perturba, o doente sente máo-estar, peso na região epigástrica, arrôtos de sabor acido se produzem pouco a pouco, algumas vezes mesmo vomituras ácidas. Estes accidentes se prolongão por um tempo mais ou menos longo, depois a função volta a seu estado normal e o máo-estar desaparece com a azia.

A pyrosis não é mais do que um gráo de acidez mais pronunciada. Na pyrosis as eructações, mais frequentes que no caso precedente, produzem uma sensação picante de calôr e de acidez na boca posterior e no epigastro. Uma vez declarada a pyrosis, póde persistir com uma intensidade pouco mais ou menos a mesma, até á terminação da digestão ; porém as mais das vezes essa sensação picante de calôr se renova com cada eructação, e vai diminuindo pouco a pouco á medida que a elaboração dos alimentos se approxima do seu fim.

A pyrosis não é sómente produzida ou entretida por eructações ácidas ; os arrôtos, em lugar de gazosos, podem ser alimenticios. Ordinariamente se dão sem esforços, são vomituras ora exclusivamente liquidas, ora semi-liquidas e misturadas com parcellas alimenticias ; outras vezes, entretanto, os doentes se apresentam com náuseas e verdadeiros vomitos.

O appetite geralmente diminue, e se não se intervem em tempo opportuno e de um modo efficaz, a inappetencia póde tornar-se completa, os vomitos se repetir frequentemente, e a affecção tomar a fórma grave.

A fórma grave se revela a principio por um ligeiro embaraço gastrico, diminuição e logo após perda do appetite, pulso ligeiramente accelerado, náuseas e uma acidez mais ou menos notavel da saliva e do halito ; epigastro ligeiramente doloroso.

Com a continuação destes symptomas o doente é obrigado a conservar-se no leito. A inappetencia torna-se absoluta, a lingua coberta de uma saburra branca, logo as vomituras, os vomitos mucosos ou biliosos, sempre acidos, succedem ás nauseas.

A acidez do halito cada vez se torna mais pronunciada; o cheiro acido de tal sorte se incrementa que chega a impregnar o ar do aposento do doente.

A fraqueza, a frequencia do pulso e a magreza progridem rapida e quotidianamente; o ventre se apresenta chato, indolente e menos sonoro que no estado normal, e tenaz constipação de ventre.

Todos esses phenomenos continuando, os vomitos que a principio erão incoerciveis se moderão, o pulso torna-se mais frequente, vem grande elevação de temperatura e apparecem então os accidentes cerebraes, que ordinariamente precedem a morte apenas alguns dias.

Se bem que esta fórma seja mais vezes observada na mulher durante o periodo da prenhez, não deixa todavia de fazer victimas independente desse estado, como o prova o Dr. Guipon em algumas observações appensas ao seu excellento livro sobre as dyspepsias.

Fórma atonica. — Esta fórma é caracterisada pela lentidão e difficuldade da digestão. É frequentemente observada nos individuos profundamente debilitados e enfraquecidos, quer em consequencia de alterações nos elementos normaes do sangue, quer por uma causa debilitante geral, e em virtude da qual a constituição propria do individuo se tenha depauperado.

Esta bradypepsia é tão pronunciada em alguns doentes, que as vinte quatro horas do dia apenas chegam para que seu trabalho digestivo se complete.

Em geral ha perda de appetite, peso e distensão epigastrica, máo-estar geral, anxiedade, além dos symptomas geraes que resultão de uma digestão laboriosa e muitas vezes imperfeita. Comprehendemos sob esta fórma as variedades *alcalina*, dos *solidos* e dos *liquidos* de alguns autores, por isso que os phenomenos que caracterisão cada

uma dellas são todos dependentes de uma mesma causa— a atonia da mucosa gastrica.

A variedade alcalina ou neutra é frequentemente observada nos individuos que usão quasi que exclusivamente de uma alimentação animal, e é devida á predominancia de fluidos alcalinos no succo gastrico. Caracterisa-se por sêde contínua, propensão para os alimentos e bebidas acidas, boca pastosa e amarga, e nos casos graves podendo manifestarem-se vomitos biliosos. Segundo o genero de alimentação, esta variedade pôde alternar com a acida.

A variedade dos solidos é devida provavelmente a uma elaboração insufficiente do succo gastrico normal. Nesta variedade a ingestão de alimentos solidos, mesmo em pequena quantidade, determina uma diminuição no acto da digestão, caracterisada principalmente por peso e repuxamentos mais ou menos dolorosos do epigastro.

A variedade dos liquidos é devida a uma diminuição da força absorvente dos vasos do estomago. Segundo o Dr. Chomel, esta variedade é caracterisada por uma especie de *chocalhada* apreciavel á distancia, quando grande quantidade de liquidos tem sido ingerida e não tem encontrado da parte do estomago prompta absorpção.

Fôrma bolimica. — A exageração do appetite, o crescimento anormal das forças digestivas e a ausencia do bem-estar consecutivo á reparação das forças do organismo são seus symptomas caracteristicos.

Casos ha em que a estes symptomas se reúnem a dôr, a acidez e vomitos pituitosos, e em alguns mesmo, segundo o Dr. Chomel, vomitos biliosos. Entretanto, estes phenomenos se acalmão ordinariamente com a ingestão dos alimentos, para reapparecerem logo depois da rapida phase digestiva.

Esta fôrma em alguns casos é tão exagerada que obriga o doente a alimentar-se seis, oito, doze vezes durante 24 horas, sem que todavia deixe de experimentar fadiga das pernas, langôr e fraqueza das concepções intellectuaes. Mesmo o somno é interrompido por esta fome morbida.

Este estado póde prolongar-se por alguns annos, conservando o individuo seu bem-estar.

As funcções intestinaes conservão-se regulares, sendo as evacuações proporcionaes á alimentação.

Fôrma syncopal. — As lipothymias e as syncopes são os seus symptomas dominantes. É mais frequentemente observada nas pessoas fracas, impressionaveis e em estado de gravidez.

Nesta fôrma, a digestão, sendo laboriosa e lenta, a menor fadiga ou emoção determina fraqueza do pulso e respiração, quédia das palpebras, enfraquecimento da sensibilidade, resfriamento das extremidades, estado este que póde prolongar-se por todo o tempo da digestão.

Se as causas occasionaes dos phenomenos precedentes sorprendem o individuo assentado ou de joelhos, póde manifestar-se então uma verdadeira syncope.

Fôrma hypercrinica ou pituitosa — É carecterisada pela produção no estomago e depois expulsão pelo vomito de liquidos claros, albuminosos, glutinosos ou simplesmente aquosos, dando-se longo tempo depois da digestão. Estes vomitos têm ás vezes logar durante a noite, porém são mais communs pela manhã. Ora se dão com a maior facilidade por occasião de um simples movimento, outras vezes, e mais raras, são precedidos de esforços violentos e dolorosos.

Ainda é desconhecida a origem deste liquido pituitoso.

O appetite é quasi sempre diminuido e a defecação regular, sendo raras a constipação e a diarrhéa.

Esta fôrma é mais commum nos individuos que abusão das bebidas alcoolicas.

Sobre a origem do liquido, diz o Dr. Guipon que esta affecção deve ser classificada na categoria das nevroses com hypersecreção. Segundo elle ainda, este liquido apresenta uma reacção alcalina, putrefaz-se rapidamente, não coagula o leite a quente, e exerce uma acção sensivelmente dissolvente sobre a fibra muscular.



DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL

La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque genre de maladie et de ses différentes espèces est la source des indications curatives. Sans un diagnostic exact et précis, la théorie est toujours en défaut et la pratique souvent infidèle.

Louis.

Cancro do estomago

Esta molestia, que constitue, como dissemos tratando de sua etiologia, uma das fórmias mais frequentes da diathese cancerosa, póde apresentar muitas vezes, no ponto de vista do diagnostico, difficuldades taes que nos torna difficil estudar as differentes fórmias sob as quaes podemos encontral-a.

Em muitos casos, com effeito, se, depois da reunião dos signaes fornecidos pelo estudo geral e detalhado de todos os symptomas desta terrivel molestia, nos é facil reconhecer a lesão, em muitos outros a ordem pela qual se apresentam os differentes symptomas indicados pelos autores, a maneira pela qual a lesão póde se achar encoberta por complicações taes como as molestias do figado, do mesenterio, dos intestinos, e as differentes molestias do estomago, ou algumas vezes mesmo, emfim, a ausencia completa de signaes tornarão o diagnostico de uma tal difficuldade, que o observador se achará por muito tempo na duvida, e muitas vezes mesmo em uma impossibilidade absoluta de reconhecer a affecção. Todavia ha dous symptomas que, embora não pathognomonicos, devem levar o medico ao diagnostico do

cancro do estomago, que são os vomitos negros e o tumor no epigastro ou em um dos hypochondrios, acompanhando os movimentos do órgão.

O vomito negro, que tem sido considerado por alguns autores como symptoma pathognomônico do cancro, está, porém, longe de sel-o, porquanto é observado em toda a ulceração de qualquer natureza que seja, como faz notar Brinton no estudo completo que fez, tratando da ulcera do estomago; se, diz elle, este phenomeno se encontra mais frequentemente no cancro, é que nesta affecção acontece ás mais das vezes que a hemorragia, sendo pouco consideravel, o sangue, em vez de se apresentar então no estado de pureza, é expellido depois de ter soffrido a acção do succo gastrico. Em um caso sómente o vomito será symptoma pathognomônico do cancro, quando com as substancias vindas do estomago puder se certificar a presença das cellulas caracteristicas dessa affecção; infelizmente esse signal não apparece senão quando a molestia se acha perfeitamente declarada, quando, por conseguinte, a maior parte, senão todos os outros symptomas, tem já apparecido para fixar o diagnostico; demais, é facil comprehender todas as difficuldades que apresentará a pesquisa destas cellulas cancerosas, misturadas com o sangue e com as materias alimenticias. O vomito negro não é, pois, ainda um signal de certeza para reconhecer-se o cancro, e não é senão junto a outros symptomas, taes como a dôr, a anorexia, o emmagrecimento ou o tumor, que podemos estabelecer um diagnostico certo.

A presença do tumor é de grande valor; todavia, como diversas causas podem produzir esse phenomeno no epigastro, para que não sejamos induzidos a erro, deveremos prestar-lhe toda a attenção de modo a não tomarmos por tumôr da cavidade gastrica o que se acha situado em algum dos órgãos vizinhos. Assim, uma hernia da linha branca, um tumôr do figado, do pancreas, um accumulo de calculos na vesicula biliar, de materias fecaes no colon transverso, um aneurisma da aorta ao nivel do tronco coeliaco, podem levar a

erro o pratico que não prestar a devida attenção ao exame do tumôr, empregando os diversos methodos exploratorios, como a percussão, a apalpação, variando as posições do doente, observando a mobilidade do tumôr, e que não attender aos phenomenos consecutivos á sua existencia.

Cancro e ulcera

É extremamente difficil o diagnostico differencial entre estas duas affecções ; confirmão esta opinião os erros que constantemente commettem medicos eminentes pelo talento, longa pratica e vastos conhecimentos. É sobretudo no cancro em comêço, quando tem feito ainda poucos progressos, que nós nos achamos mais expostos ao erro. Entretanto ha ainda um certo complexo de signaes que devem guiar o medico.

A ulcera simples começa ordinariamente de uma maneira aguda, que dura mais ou menos tempo, depois sobrevem uma remissão de todos os symptomas, e tudo se acalma momentaneamente ; mais tarde a molestia retoma sua marcha para de novo desaparecer e terminar-se muitas vezes por uma cura completa. No cancro, pelo contrario, o comêço é lento, os symptomas se desenvolvem pouco a pouco ; demais, uma vez desenvolvido, o cancro não pára em sua marcha invasora, nunca se observão essas alternativas para melhor ou para peor, e essas remissões que dissemos como pertencendo propriamente á ulcera.

A diminuição do appetite, attingindo mesmo á anorexia, é um symptoma frequentemente observado no cancro ; na ulcera não ha anorexia ; se os doentes affectados desta molestia privão-se, como dissemos tratando da symptomatologia, o mais que podem de ingerir

alimentos, é isso em consequencia das dôres atrozes de que são victimas por essa occasião.

Estas affecções são ambas ordinariamente acompanhadas de dôr ; no cancro, em que esse elemento algumas vezes falha, a dôr, de caracter variavel, é pouco intensa, surda, lancinante, contínua, localisada no epigastro com propagação para o dorso, e raras vezes augmentando pela pressão ou ingestão dos alimentos ; na ulcera a dôr é mais aguda, urente, terebrante, fixa nos pontos ditos xyphodiano e rachidiano, apresenta remissões e exacerba-se sempre pela pressão e ingestão de alimentos.

Os vomitos de alimentos não têm por si grande valor ; entretanto, se apparecem tardiamente, sendo expellidos por elles substancias alimentares ingeridas dous, tres dias antes, sobretudo se são muito abundantes, se os alimentos vêm acompanhados de grande quantidade de liquidos azedos, e não produzem influencia alguma benefica nos soffrimentos do doente, isso indicará uma affecção cancerosa. Na ulcera os vomitos têm logar sobretudo depois da ingestão dos alimentos, e são acompanhados de accessos dolorosos, que constituem, até certo ponto, uma crise terminal.

As hemorragias são mais frequentes na ulcera, sobretudo se fôrem abundantes, quer seja reconhecida sua existencia pela hematemese, pela côr e consistencia das fezes (melœna), quer pelos symptomas de hemorragia interna. No cancro tambem podem ter logar extravasações sanguineas, porém são em geral pouco consideraveis, e quando isso se dá só apparecem depois da sua ulceração, isto é, nos ultimos periodos da affecção, quando ordinariamente não ha mais duvida sobre o diagnostico.

A existencia do tumor não é razão para que o medico estabeleça logo o diagnostico de um cancro do estomago ; porquanto, como bem diz Woillez, em seu dictionario, a ulcera do estomago dá logar muitas vezes á exsudações plasticas, que, espessando-se, podem nos dar pela apalpação a sensação de um tumôr, e pela percussão um som

obscuro, fazendo-nos assim acreditar erradamente na existencia de um tumor canceroso.

A dilatação do estomago desenhado algumas vezes nas paredes do ventre, e nos casos de tumor, sua pouca sensibilidade á pressão, são phenomenos indicativos do cancro.

O regimen dietetico, algumas vezes prejudicial, é sem proveito no cancro, enquanto que na ulcera é um meio muito efficaz, melhorando ordinariamente em poucos dias as condições do doente.

A alimentação lactea, que falha completamente no cancro, e produz na ulcera simples resultados admiraveis, é para Cruveilhier a pedra de toque para o diagnostico differencial destas duas affecções. Ainda vem corroborar essa opinião o seguinte trecho de Nonat, tratando da ulcera: « *Une des particularités les plus remarquables de cette affection et qui plus d'une fois m'a suffi pour en établir le diagnostic, c'est la tolérance parfaite de l'estomac pour le lait, alors que la plupart des aliments et des boissons sont obstinément rejetés par le vomissement.* »

No cancro o periodo cachetico apparece mais rapidamente que na ulcera, e caracteriza-se pela côr de palha da pelle, que se torna secca e rugosa, pelo oedema dos membros, engurgitamento dos ganglios lymphaticos, principalmente os sub-claviculares.

A phlegmasia alba dolens é para Trousseau um symptoma de grande importancia para o diagnostico do cancro; assim, diz este celebre clinico, todas as vezes que se hesitar no diagnostico entre uma gastrite chronica, uma ulcera ou um cancro, a presença de uma phlebite obliterante dissipará immediatamente toda a incerteza, e o medico poderá pronunciar-se pelo cancro.

A idade do doente póde tambem auxiliar grandemente o medico; como vimos, tratando da etiologia, o cancro se apresenta ordinariamente dos 30 aos 50 ou 60 annos; assim, pois, serão tanto maiores as probabilidades em favor da ulcera, quanto mais se acharem os individuos em questão áquem dos 30 ou além dos 60 annos de idade; deveremos ainda attender bastante á herança e á preexistencia de um

tumôr canceroso ; aos commemorativos, procurando saber se um ou mais membros da familia fallecêrão victimas da molestia cancerosa, ou se o proprio doente teve um tumôr maligno em qualquer outro órgão, pois só assim poderemos, sem medo de errar, estabelecer o nosso juizo exacto.

Finalmente, de marcha contínua, o cancro do estomago tem uma duração, termo médio, de 12 a 15 mezes, e nunca se prolonga por mais de tres annos, segundo Brinton ; na ulcera, pelo contrario, não só sua marcha não é contínua, como dura, termo médio, de tres a cinco annos, podendo viver os individuos affectados dessa affecção ordinariamente por muito tempo, de tres a 30 e mesmo 35 annos, segundo o autor acima citado.

Cancro do estomago e gastrite catarrhal chronica

Torna-se em alguns casos extremamente difficil estabelecer-se o diagnostico differencial entre o cancro e a gastrite chronica, sobretudo quando esta se acha em um periodo adiantado.

No cancro as dôres são mais vivas e se manifestão tanto no estado de vacuidade como depois das refeições. Os vomitos alimentares se dão em ambas as affecções ; todavia no cancro elles apresentam de particular o serem no começo irregulares, inconstantes e muitas vezes electivos ; em um periodo avançado da affecção tornão-se frequentes, e têm logar em um tempo mais ou menos longo após as refeições, segundo a séde do tumor canceroso ; emfim, vê-se as substancias ingeridas não serem rejeitadas senão, algumas vezes, dous ou tres dias depois de introduzidas no estomago. Na gastrite chronica são menos frequentes, e os alimentos não se conservão tanto tempo nesse órgão.

Os vomitos pretos, côr de bôrra de café, são ainda um signal em

favor do cancro, pois que as hematemeses observadas na gastrite chronica são excessivamente raras, não se tendo podido observar senão nos ultimos dias da molestia .

Quando na gastrite chronica ha uma hypertrophia pronunciada das paredes do estomago, sua apalpação nos dá a sensação de um tumor achatado, mal limitado sobre seus bordos e pouco saliente. No cancro, pelo contrario, percebe-se um tumor liso ou desigual, mais ou menos movel, inteiramente obscuro á percussão e ordinariamente doloroso á pressão. O estado geral tem tambem grande importancia, pois na gastrite chronica o enfraquecimento e o emmagrecimento é menos rapido que no cancro, não se observa a côr propria da diathese cancerosa, a pelle não é secca, rugosa ; ha algumas vezes febre, que, ou manifesta-se continuamente, ou por um ligeiro augmento de temperatura á tarde.

Emfim, o pratico deverá ainda attender á idade, pois que muitas vezes a gastrite tem logar na mocidade, o que não se dá senão excepcionalmente com o cancro ; aos antecedentes e collateraes dos doentes, sendo a diathese cancerosa transmissivel por herança, e á marcha da affecção.

Ulcera simples

Sabemos que a existencia da ulcera póde ser ignorada durante muito tempo, que nenhum dos symptomas observados durante a marcha desta affecção é constante, e que nenhum constitue um signal pathognomónico ; comprehende-se, pois, facilmente que esta molestia seja muitas vezes confundida com outras molestias do estomago, sobretudo no comêço. De modo que no estado actual da sciencia o diagnostico differencial da ulcera simples acha-se cercado de difficuldades ; porém, como diz Cruveilhier : *« s'il n'est pas toujours possible*

d'établir le diagnostic de cette lésion d'une manière positive, on pourra au moins en soupçonner la présence et la faire entrer comme élément dans le calcul des probabilités, notre seul refuge pour le diagnostic d'organes inaccessibles à nos moyens directs d'observation » ; accrescemos que, procedendo-se por via de exclusão ou de eliminação, poder-se-ha ás mais das vezes chegar a uma somma de probabilidades vizinha da certeza.

Tendo já estabelecido o diagnostico differencial entre a ulcera e o cancro, trataremos em seguida de differençar-a da gastrite chronica e da gastralgia, reservando-nos para quando tratar da dyspepsia o diagnostico differencial dessas duas affecções.

Ulcera e gastrite catarrhal chronica

Nos bastará lembrar que alguns autores têm confundido a ulcera simples e a gastrite chronica, para fazer vêr quanto são communs os symptomas destas duas affecções e que difficuldades o diagnostico deve muitas vezes apresentar. Julgamos todavia que na maior parte dos casos chegar-se-ha a distinguir estas duas affecções pelo complexo das considerações seguintes.

A gastrite chronica é raras vezes primitiva, quasi sempre se desenvolve no decurso de uma molestia, e sobretudo da phthisica. Se denuncia por nauseas e vomitos biliosos frequentes; os vomitos alimentares são raros e as hematemeses mui excepçionaes. O contrario tem logar para a ulcera simples: os vomitos biliosos raras vezes se dão, emquanto que os vomitos alimentares e sanguineos se observão quasi sempre durante a marcha da affecção.

No começo da gastrite chronica, ha febre com calefrios e calôr; a dôr epigastrica é pouco viva, ás vezes nulla, e nunca se encontra o

ponto dorsal; as náuseas são sempre muito frequentes, e ás vezes persistem durante muito tempo.

A constipação não é constante na gastrite chronica.

Se a marcha é irregular, não apresenta, porém, estas remissões muito frisantes que se observão na ulcera.

A lingua vermelha na ponta é coberta de um enducto esbranquiçado ou amarellado; ahi vê-se ás vezes papillas vermelhas, salientes.

Na ulcera, a lingua, de ordinario normal, póde se apresentar vermelha e lisa, segundo Niemeyer; a boca é secca, amarga, e muitas vezes encontra-se ahi uma stomatite aphtosa muito rebelde, que não desaparece momentaneamente senão para reaparecer logo.

As crises atrozes de dôr que têm logar frequentemente na ulcera não se dão na gastrite chronica.

Cruveilhier diz que os vomitos negros nunca têm logar na gastrite chronica, entretanto elles têm sido observados algumas vezes, e Trousseau cita alguns exemplos. Todavia, quando se vê sobrevir entre os symptomas que havemos exposto uma hematemese ou evacuações negras, deve se crêr sobretudo em uma ulcera.

Entretanto, apesar de todo o cuidado que se dispensa no exame do doente, ha casos em que não se póde estabelecer o diagnostico differencial; o que deve consolar-nos de nossa impotencia é o tratamento, que é o mesmo em ambas as affecções.

Ulcera simples e gastralgia

É de grande importancia o diagnostico differencial destas duas affecções; porquanto, variando a therapeutica a empregar em um e em outro caso, é claro que uma confusão de diagnostico, acarretando uma medicação inconveniente, aggravará o estado do doente.

Procuraremos rapidamente estabelecer os dados principaes que devem afastar o medico de uma confusão tão prejudicial.

Na gastralgia, as dôres são bruscas e subitas em sua apparição e desaparecem completamente durante um tempo variavel; ordinariamente não apresentam esta persistencia que se observa na ulcera, e não são bem circumscriptas á região epigastica; uma forte pressão exercida methodicamente e a ingestão de alimentos as allivia muitas vezes; os accessos têm logar sobretudo em jejum. As que dependem de uma ulcera apresentam-se ordinariamente no ponto xyphoidiano correspondendo ao rachidiano, para os quaes, por diversas vezes, temos chamado a attenção, exasperando-se pela pressão, embora methodica, e pela ingestão de alimentos; os accessos dolorosos succedem quasi sempre ás refeições.

Os vomitos são raros na gastralgia; Valleix não os encontrou senão sete vezes em trinta e sete observações; quando existem, apparecem em uma época mais ou menos afastada da ingestão dos alimentos, são mucosos e liquidos, e os alimentos solidos são quasi sempre conservados; nunca ha hematemeses. A ulcera determina vomitos frequentes, e nas materias vomitadas se encontram substancias ingeridas, solidas e liquidas indistinctamente, misturadas em alguns casos com sangue puro ou alterado, e apparecendo ordinariamente logo depois das refeições.

Na gastralgia o appetite é exquisito, a nutrição conserva-se intacta por muito tempo, observão-se phenomenos nervosos de diversas especies, taes como palpitações, hemicranias, vertigens, zunido dos ouvidos, hysteria; na ulcera o appetite, algumas vezes diminuido, é ordinariamente normal, o depauperamento consideravel, sendo raros os symptomas nervosos.

Os caracteres distinctivos tirados da mocidade, do sexo feminino, coincidindo com a chlorose, a esterilidade, fallão em favor da natureza nervosa dos accessos dolorosos; entretanto não devemos dar grande valor a esses caracteres, pois que é justamente nessas condições, reputadas proprias para a gastralgia, que a ulcera tem sido muitas vezes encontrada.

Gastrite catarrhal aguda

O diagnostico da gastrite catarrhal aguda não apresenta ordinariamente grande difficuldade.

Uma cephalalgia supra-orbitaria intensa de fórma gravativa, exasperando-se pelo ruido e pela luz, a dôr epigastrica surda, espontanea ou mais vezes provocada pela pressão, a do hypochondrio direito pela congestão do figado, a lingua larga, coberta de saburra esbranquiçada ou amarellada, insipida ou amarga, o halito fetido, as regurgitações biliosas, as eructações, o abahulamento da região epigastrica e mesmo do ventre, a constipação, outras vezes a diarrhéa biliosa, a anorexia, a côr sub-icterica da face mais pronunciada nos sulcos naso-labiaes e nas conjunctivas scleroticaes, as vertigens, a insomnia, e, em crises mais intensas, a febre de typo remittente, de exacerbação vespertina, os ligeiros calefrios com abatimento algumas vezes muito pronunciado, os suores matutinos, os furunculos generalizados, a herpes labial e as manchas azuladas, sobretudo no ventre, são os symptomas que, mais ou menos reunidos, levão ás mais das vezes o medico ao diagnostico de uma gastrite catarrhal aguda, branda ou grave, segundo a rebeldia dos phenomenos morbidos.

Em sua fórma branda a gastrite catarrhal aguda póde se confundir com a dyspepsia, e em sua fórma grave com a gastralgia e a gastrite toxica, de cujos diagnosticos differenciaes passamos a tratar.

Gastrite catarrhal aguda e dyspepsia

A gastrite catarrhal aguda de fórma branda, ou embaraço gastrico, é confundida algumas vezes com a dyspepsia, não tanto no embaraço gastrico ordinario, acompanhado de um ligeiro estado febril

e cedendo promptamente á intervenção therapeutica, porém sobretudo quando essa mesma indisposição se reveste de tenacidade, de uma marcha até certo ponto chronica, reapparecendo depois de haver desaparecido pelos meios curativos os mais sabiamente dirigidos; todavia mesmo nesses casos existe um complexo de symptomas que esclarecerá o nosso juizo sobre a natureza da molestia.

Em ambos os casos, o apparecimento mais rapido dos symptomas, a diminuição quasi completa do appetite, ás vezes anorexia absoluta, a lingua coberta de uma camada mais ou menos espessa de saburra branco-amarellada, a boca pastosa e amarga, o halito fetido, a côr sub-icterica dos sulcos naso-labiaes e das scleroticas, a cephalalgia frontal gravativa, um movimento febril sobrevindo a certas horas do dia para as duas fórmas, taes são os symptomas, positivos e quasi sempre sufficientes, do embaraço gastrico, em que o medico se deve basear para estabelecer o diagnostico. Nos casos mais obscuros, podem guiar o juizo do medico os effeitos geralmente favoraveis obtidos, no caso de embaraço gastrico, pelos meios evacuantes combinados á dieta e substituidos depois por alguns tonicos amargos.

Gastrite catarrhal aguda e gastralgia

É muitas vezes difficil distinguir uma gastralgia, quando se apresenta com caracter agudo, da febre gastrica, pela analogia de alguns symptomas; todavia, se o medico prestar a devida attenção, principalmente aos phenomenos de que vamos tratar, essa duvida desaparecerá.

Na gastrite catarrhal aguda ha dôr que a pressão exaspera sempre, anorexia ou inappetencia absoluta para os alimentos, vomitos frequentes, biliosos, seguindo de perto as refeições, e febre mais ou

menos intensa; na gastralgia a dôr é espontanea, acalmando-se muitas vezes por uma pressão methodicamente feita com a palma da mão. não ha ordinariamente anorexia, os vomitos não sobrevêm senão algum tempo depois das refeições, são muito menos frequentes e nunca biliosos, porém compostos de alimentos ou mucosidades, não ha febre.

As dôres da gastrite aguda são provocadas ou exageradas immediatamente pela ingestão dos alimentos, enquanto que na gastralgia este effeito não tem logar, e, quando elle se apresenta, não é senão algum tempo depois das refeições; muitas vezes mesmo a ingestão de alimentos modera e faz desaparecer as dôres.

Gastrite catarrhal aguda e gastrite toxica

O diagnostico differencial entre a gastrite catarrhal aguda de fôrma grave ou febre gastrica e a gastrite toxica não será difficil, se attendermos a que nesta ultima os phenomenos sobrevêm com mais rapidez e são revestidos de maior intensidade que na primeira; demais, o estado da boca, quando se trata de venenos causticos, a marcha, a duração e sobretudo os commemorativos esclarecerão extremamente o juizo do medico.

Gastrite catarrhal chronica

Uma dôr surda, pouco intensa, exagerando-se sobretudo durante o trabalho da digestão que ordinariamente é lento; sensação de plenitude, de pressão, de distensão do estomago; eructações, palpitações terminando-se com a digestão estomacal; vomitos alimentares de materias viscosas ou biliosas; a existencia de um movimento

febril apparecendo por intervallos ; emfim, os phenomenos sympathicos que apparecem para o lado do systema nervoso, o estado geral, a marcha e o modo de invasão da molestia : taes são os elementos por meio dos quaes podemos chegar ao diagnostico.

As molestias gastricas que com ella se podem confundir são : o cancro, a ulcera simples, a dyspepsia e a gastralgia ; tentaremos differencal-a das duas ultimas, e a respeito das duas primeiras nada mais accrescentaremos ao que ficou dito, quando tratámos do diagnostico differencial entre ellas e a gastrite chronica.

Gastrite chronica e dyspepsia

A dyspepsia apresenta alguns symptomas identicos aos da gastrite chronica ; todavia esses symptomas apresentam caracteres diversos. Assim, na dyspepsia a dôr epigastrica é mais localisada, augmenta sempre pela pressão, limitando-se ordinariamente ao cardia. Na gastrite, pelo contrario, ella é mais extensa e diffusa, apparecendo logo depois da ingestão dos alimentos, emquanto que na dyspepsia é sómente algum tempo depois das refeições que a dôr se manifesta.

Nas diversas fórmas de dyspepsia, á excepção da flatulenta, o epigastro, mesmo normal á pressão, é flacido e de sonoridade normal á percussão ; na gastrite, pelo contrario, o epigastro acha-se tenso, resistente e de sonoridade obscura.

Os vomitos e as nauseas se dão nestas duas affecções, porém é sobretudo algum tempo depois das refeições que têm logar os vomitos dyspepticos, emquanto que na gastrite elles se dão ordinariamente pouco tempo depois da ingestão dos alimentos.

É na gastrite chronica que os vomitos pituitosos, sobrevindo pela manhã em jejum, são mais communs. Todavia não devemos dar senão um valor secundario aos vomitos no diagnostico differencial

destas affecções, não só pela irregularidade em sua manifestação, como porque não são um phenomeno constante na inflamação da mucosa gastrica.

Emfim o estado geral póde nos servir de grande elemento para o diagnostico. Ordinariamente uma dyspepsia simples, pouco intensa, é quasi compativel com a saúde, não diminue sensivelmente as forças e o bem-estar do doente, e apresenta periodos de remissão.

Na gastrite os soffrimentos são contínuos, o que determina perda de forças e abatimento do doente.

Gastrite chronica e gastralgia

A gastralgia se distingue mais facilmente da gastrite chronica ; não fallando da fórma violenta em que torna-se difficil a confusão entre estas duas affecções, é na fórma chronica da gastralgia que essa confusão póde dar-se ; entretanto o erro será facilmente evitado, se attendermos aos caracteres especiaes dos symptomas communs a essas affecções.

A dôr na gastralgia se assesta no epigastro, irradiando-se para pontos mais ou menos distantes ; é intermittente ou remittente, e cessa ou diminue muitas vezes pela pressão. Na gastrite se limita ao epigastro, é quasi sempre contínua, exasperando-se pela pressão. O appetite e a maneira por que se dão as digestões varião nestas affecções. Na gastralgia o appetite é mais ou menos normal, algumas vezes irregular ou exquisito ; a ingestão de alimentos provocando dôres algumas vèzes, outras vezes, porém, ellas cessão com o estado de plenitude do estomago ; não ha reacção febril e os gastralgicos conservão um estado geral satisfactorio.

Na gastrite chronica ha inappetencia para os alimentos ou anorexia, que sempre provocão dôres epigastricas, sobretudo no momento

em que os alimentos chegam ao estomago; ha muitas vezes um movimento febril com modificação no estado geral.

A marcha ainda varia, intermittente na primeira, affecta na gastrite chronica uma marcha uniforme e quasi contínua.

Gastrite toxica e phlegmonosa

Muitas vezes a intensidade dos symptomas e a rapidez com que elles se apresentam tornão difficil o diagnostico differencial entre essas duas affecções; todavia um exame bem dirigido sobre a etiologia, os symptomas apresentados e sua marcha, esclarecerá o medico sobre o diagnostico, fazendo desaparecer toda a duvida que porventura possa pairar em seu espirito.

Na gastrite toxica os phenomenos intensos são mais passageiros do que os da gastrite phlegmonosa. Nesta os vomitos são biliosos ou denegridos (Jaccoud), porém nunca sanguinolentos; quando examinados convenientemente revelão em muitos casos a existencia de pus de mistura com bile, tornando-se então um symptoma de grande valôr; a lingua é collante, secca, vermelha na ponta e nos bordos; ha ás vezes ligeira ictericia (Brinton). Entretanto na gastrite toxica os vomitos são abundantes, constituidos por alimentos solidos ou liquidos, misturados com sangue e com parte da substancia toxica; ha colicas violentas com retracção do ventre, diarrhéa igualmente sanguinolenta; a lingua é vermelha.

As alterações que, na gastrite toxica apresentam a boca e o pharynge, produzidas pelas substancias toxicas, as sensações de dôr e ardôr no pharynge e esophago, a presença de substancias toxicas junto ao doente, a pouca frequencia da gastrite phlegmonosa em relação á toxica e sobretudo os commemorativos ainda nos favorecem para estabelecermos um diagnostico exacto.

Gastralgia e cancro

De ordinario não ha difficuldade no diagnostico differencial entre a gastralgia e o cancro do estomago.

As dôres determinadas por uma gastralgia são muito mais intensas e mais rapidas em seu apparecimento ; os vomitos biliosos e alimentares são menos communs ; as regurgitações, a pyrosis, menos repetidas e menos intensas ; a nutrição se conserva intacta por muito tempo, e, como toda nevrose, sua marcha é irregular, caprichosa e intermittente. No cancro a dôr é menos intensa, e, longe de diminuir pela pressão methodica com a palma da mão como a dôr gastralgica, exacerba-se pelo contrario ; sua marcha é lenta, porém incessantemente progressiva, determinando um depauperamento desproporcional ás perturbações digestivas, e nunca apresentando essas remissões ás vezes tão longas, essas perturbações bruscas, essa marcha caprichosa que se nota na gastralgia.

Se com os symptomas precedentes ainda podemos hesitar no diagnostico differencial entre essas duas affecções, essa hesitação desaparecerá com a manifestação dos vomitos negros, do tumôr epigastico, e sobretudo da cachexia cancerosa.

Gastralgia e dyspepsia

A gastralgia e a dyspepsia existem muitas vezes combinadas no mesmo individuo, o que concorre para que o medico encontre em alguns casos extrema difficuldade em estabelecer o diagnostico differencial.

A gastralgia se distingue da dyspepsia pela facilidade com que se fazem as digestões muitas vezes mais promptas que no estado de

saúde; o appetite ordinariamente não se altera, algumas vezes se apresenta augmentado ou pervertido; as dôres mais intensas e intermittentes, apparecendo por accessos, quasi nunca augmentadas pela pressão methodica, diminuem quasi sempre pela ingestão dos alimentos; o emmagrecimento em geral é pouco notavel, e sua marcha raramente continúa.

Na dyspepsia a digestão é sempre lenta e laboriosa, o appetite ordinariamente nullo ou diminuido, as dôres muito menos intensas, augmentadas quasi sempre pela pressão e exclusivamente determinadas pela ingestão dos alimentos; é antes uma sensação de embaraço, de peso, que verdadeira dôr; o emmagrecimento, algumas vezes nullo, é outras vezes muito pronunciado; sua marcha é uniforme com exacerbações dependentes exactamente da presença de alimentos no estomago.

Dyspepsia

O diagnostico da dyspepsia aguda, notavelmente nas duas primeiras fórmas, nenhuma difficuldade offerece, attendendo-se bem para o modo por que principiou a molestia, as causas que lhe derão origem e os phenomenos locais indicativos de um laborioso trabalho digestivo.

Na terceira fórmula, porém, a indigestão não é tão facil de reconhecer-se, e poder-se-ha confundir com a gastrite toxica, cujo cortejo symptomatico apresenta alguma semelhança, sobretudo quando produzida por uma substancia que não tenha deixado traços de sua passagem, ou cuja causa não nos seja revelada; todavia na gastrite toxica ha um sabôr styptico e acre na boca, a sensação de calor e ardor na garganta e no esophago, dôres fortes no epigastro, vomitos de materias biliosas ou mesmo sanguinolentas e extremamente acres, prostração rapida, enfraquecimento acompanhado de delirio, côma, convulsões, e outros phenomenos que não existem ás mais das vezes na indigestão.

Na fórma chronica ainda é facil determinar-se a existencia da dyspepsia.

As digestões lentas, laboriosas, a distensão e o peso que o doente sente no epigastro, principalmente depois das refeições, a diminuição do appetite que ás vezes sobreveem, a cephalalgia habitual, a constipação de ventre, a flatuosidade, a pyrosis, as colicas, a distensão do abdomen, os borborygmos ruidosos e um máo-estar correspondente ao trabalho da digestão são symptomas muito communs, pelos quaes poderemos, não com toda a certeza, porém com muita probabilidade, diagnosticar uma dyspepsia. Em alguns casos, é verdade, revestem-se elles de caracteres mais graves, mais sérios, ou outros phenomenos podem se lhes incorporar, como verdadeira hemicranea, agitação, febre, delirio, etc.; porém nestes casos o pratico ainda tem em seu auxilio os commemorativos e os resultados do seu exame.

Quanto ao diagnostico das differentes variedades entre si, é ainda mais facil; porque, como vimos quando tratámos da symptomatologia, cada variedade tem o seu symptoma pathognomonic, e desde o momento em que este fôr reconhecido, sêl-o-ha facilmente a variedade a que pertence.

Resta-nos agora tratar do diagnostico differencial entre a dyspepsia e as outras molestias do estomago, que podem com ella se confundir, que são: o cancro, a ulcera, a gastrite chronica e a gastralgia. Trataremos sómente de differencal-a das duas primeiras, visto havermos feito anteriormente o mesmo com as outras duas.

Dyspepsia e cancro

A affecção cancerosa será sempre de um diagnostico difficil no comêço; nesse periodo o doente digere mal, seu appetite torna-se caprichoso e não temos outros phenomenos senão os de uma dyspepsia

ordinaria ; o que não nos deve admirar, porquanto o cancro quasi sempre é acompanhado de uma dyspepsia symptomatica. Entretanto, de um modo geral, se observarmos más digestões, sobretudo em um homem, por isso que o cancro é um terço menos frequente na mulher, se este homem é já de uma idade avançada, de 50 a 60 annos, se estas más digestões são acompanhadas de uma dôr fixa, contusiva ou lancinante com propagação para a região dorsal, e se este homem teve antes um estomago florescente, deveremos acreditar antes na existencia de um cancro.

É sómente mais tarde, quando apparecerem alguns symptomas que o caracterisam como o tumôr, os vomitos de alimentos ingeridos dias antes, os vomitos negros, as dejecções sanguinolentas, a cachexia, o emmagrecimento, a côr amarella de palha, que poderemos estabelecer definitivamente o diagnostico ; a dyspepsia será então simplesmente symptomatica.

Dyspepsia e ulcera

Se é verdade que em alguns casos a ulcera simples do estomago póde percorrer todos os seus periodos sem que os individuos della affectados soffrão incommodo algum no trabalho digestivo, todavia não é essa a regra ; ordinariamente, o desarranjo funcçional desse trabalho é o primeiro symptoma da molestia. Assim, o individuo nessas condições sente máo-estar, peso, producção de gazes, dôres mais ou menos vivas na região epigastica, eructações, pyrosis e outros symptomas que indicão uma simples dyspepsia ; porém logo apparece a dôr que vem revelar ao pratico que observa a verdadeira molestia contra a qual devem convergir todos os seus cuidados. Com effeito, a dôr da ulcera, para cujos caracteres por mais de uma vez temos chamado a attenção, é muito diversa da que acompanha a dyspepsia.

A dôr da ulcera é mais contínua, provocada ou espontanea, mais profunda que a da dyspepsia ; não é sómente estomacal ou limitada á axilla, muitas vezes é uma dôr espinal ou rachidiana, assestando-se ao nivel da primeira vertebra lombar ou das tres ultimas vertebraes dorsaes.

O appetite é geralmente normal na dyspepsia e muito diminuido na ulcera, ou para exprimir-me de um modo mais correcto, como já dissemos em um artigo anterior, os doentes recusão alimentar-se, por isso que a alimentação provoca-lhes dôres epigastricas atrozes, e então como consequencia dessa falta de alimentação sobrevem um emmagrecimento rapido.

Quando o vomito hemorrhagico existe, o diagnostico julga-se por si mesmo. O simples vomito alimenticio differe tambem nessas affeições; na ulcera simples sobrevem immediatamente depois da ingestão dos alimentos, antes do trabalho digestivo ; na dyspepsia liga-se á digestão e sobrevem enquanto ella se faz.

A dyspepsia é uma molestia de marcha lenta ; a ulcera tem uma marcha mais rapida.



QUADRO SYNOPTICO

Canero	Ulcera simples	Gastrite catarrhal aguda	Gastrite catarrhal chronica	Gastrite toxica	Gastrite phlegmonosa	Gastralgia	Dyspepsia
COMÊÇO.....	Lento, muito insidioso e obscuro, perturbações digestivas, constipação.	Lento e insidioso; as perturbações dyspepticas são muito frequentes; ha algumas vezes vomitos sanguineos.	Esponaneo ou secundario; lento e nunca bruseo, a menos que não succeda á indigestão ou embriaguez; febre.	Muito obscuro; quasi sempre lento; perturbações de digestão, nauseas, vomitos, febre.	Brusco ou rapido.	Esponaneo, mais vezes secundario; rapido.	Começa bruscamente quasi sempre por dôres intensas e de curta duração.
DÔR.....	Obscura, profunda, continua, augmentando pouco pela pressão e ingestão dos alimentos; com o progresso da molestia a dôr torna-se aguda, ás vezes lancinante. Não ha dôr dorsal correspondente á xyphoidiana.	Terebrante ou lancinante, espontanea ou provocada de um modo excessivo pela pressão e pela ingestão dos alimentos; fixa nos pontos xyphoidiano e rachidiano.	Intensa, surda; espontanea ou provocada pela pressão, occupando o epigastro e algumas vezes o hypochondrio esquerdo ou a região umbilical; semelhante a uma sensação incommoda de calor.	Branda, surda e diffusa; espontanea ou provocada pelos alimentos ou pela pressão; falta em alguns casos.	Atrozes e subitas no epigastro com propagação para todo o abdomen; exasperadas pelas bebidas, pela pressão e pelos movimentos; intensas na boca, pharynge e esophago, colicas violentas.	Intensa ordinariamente, augmentada pela ingestão de qualquer substancia, pela pressão e pelos movimentos.	Muito intensa, mal circumscripta, que modera ou desaparece por uma pressão methodica e pela ingestão dos alimentos; não guarda relação chronologica com as digestões; coincidem com outras nevralgias ou seguem-se a ellas.
VOMITOS.....	Viscosos ou filamentosos pela manhã; constituidos por alimentos ingeridos mais ou menos alterados conforme a séde do canero; immediatos á ingestão dos alimentos ou muito retardados, parecendo neste ultimo caso haver escolha na expulsão dos alimentos; quando a molestia está adiantada apparecem vomitos côr de bôrra de café; nos ultimos periodos da molestia sanguineos; não acalmão a dôr.	Mucosos ou pituitosos pela manhã; constituidos por substancias alimentares, muco ou sangue, constituindo muitas vezes hematemeses francas e fulminantes; apparecem logo depois da ingestão dos alimentos e acalmão as dôres provocadas pela presença delles no estomago.	Mucosos ou biliosos, algumas vezes contendo substancias alimentares; espontaneo ou provocado pelas bebidas; mais ou menos frequentes e pouco abundantes; quasi sempre produzem alivio.	Pituitosos e difíceis, biliosos, raras vezes contêm substancias alimentares; matutinos os de catarrho alcoolico; os vomitos negros são muito raros, tendo-se apenas observado nos ultimos periodos da molestia.	Mucosos ou muco-sanguinolentos, muito abundantes; contêm algumas vezes mucosa esphacelada.	Mucosos ou biliosos, nunca sanguinolentos; mais ou menos frequentes.	Mucosos ou pituitosos, sendo as substancias solidas ordinariamente conservadas na cavidade gastrica; raros, acompanhão as crises.
TUMÔR.....	Duro, fixo, raras vezes não revelado pela apalpação.	Mui raramente se encontra tumôr, e quando existe é ordinariamente achatado, mal limitado em seus bordos, pouco saliente.		Ausencia de tumôr; endurecimento do órgão conhecido pela apalpação, quando a molestia tem já grande duração.		Ausencia de tumôr.	Ausencia de tumôr.
ESTADO GERAL.....	Não ha febre; cachexia caracteristica, côr de palha; appetite diminuido, ás vezes anorexia; phlegmasia alba dolens da perna ou do braço.	Raras vezes ha febre; anemia profunda dependente de hemorragias frequentes; appetite normal, ás vezes diminuido; não ha phlegmasia alba dolens.	Ha febre remittente vespertina, anorexia; appetencia pelas bebidas acidulas; lingua larga, humida, coberta de espessa saburra amarellada; cephalalgia occipito-frontal.	Ha febre ordinariamente durante a digestão, que torna-se continua no periodo cachetico; cachexia gastrica tardia, em relação com a intensidade dos symptomas; appetite muito diminuido; lingua larga, humida, saburrosa, vermelha na ponta algumas vezes.	Febre continua, intensa, ordinariamente de pouca duração; face vermelha e angustiosa a principio, exprime depois uma prostração extrema, ella empallidece; as extremidades resfrião; lingua vermelha e secca.	Febre continua, intensa; anorexia, appetencia, pelas bebidas acidulas principalmente; face vermelha no comêço, exprimindo depois grande abatimento; lingua glutinosa, secca na ponta e nos bordos; dyspnéa, grande anxiedade.	Não ha febre; o doente apresenta um estado geral satisfactorio; appetite normal ou pervertido; lingua normal ou pallida; dyspnéa, palpitações, hemeraneas, vertigens, bocejos, somnolencia; hysteria, hypochondria, dysmenorrhéa.
GASTRORRHAGIA.....	Não apparece no comêço da molestia e raras vezes nos ultimos periodos.	Apparece desde o comêço da molestia, manifestando-se pelo vomito ou pela côr das fezes.		É rarissima, mesmo quando a molestia se acha n'um periodo muito adiantado.		Não ha gastrorrhagia.	
EVACUAÇÕES ALVINAS (estado das).....	Constipação é a regra no comêço da molestia; nos ultimos periodos é frequente a diarrhéa; dejecções sanguinolentas ou purulentas.	Constipação habitual; dejecções sanguinolentas; diarrhéa.	Diarrhéa biliosa muitas vezes; constipação.	Constipação rebelde com flatulencia; diarrhéa.	Dejecções sanguinolentas.	Constipação frequente; raras vezes diarrhéa.	Constipação frequente; lienteria.
MARCHA.....	Lenta, uniforme, continua e fatal; o regimen dietetico é sem proveito.	Lenta, irregular, apresentando remissões, modificando-se para melhor pelo regimen dietetico, principalmente pelo leite.	Regular se o doente se submette a um regimen dietetico conveniente.	Lenta; apparecem melhoras pelo regimen dietetico.	Rapida e muito grave.	Rapida algumas vezes e tendendo geralmente a aggravar-se.	Irregular, intermittente e exquisita, apresentando exacerbações e remisões; não modificada pela dieta.
DURAÇÃO.....	Termo médio 12 a 15 mezes, o maximo 3 a 4 annos; alguns individuos têm succumbido com 45 e até com 30 dias de molestia, o que é raro.	Termo médio 2 a 5 annos, podendo chegar, segundo observações de praticos notaveis, a 17 annos (Luton) e mesmo 35 annos (Brinton) de duração; reincede muitas vezes.	Muito variavel, ordinariamente de dous a quatro dias na fórmula branda, e na grave de 10 a 15.	Muito variavel, ordinariamentelonga.	Variavel, ordinariamente de curta duração.	Termo medio de 2 a 10 dias; em alguns casos raros pôde chegar a 20 ou 30 dias de molestia e isso na fórmula chronica.	Muito variavel, quando dura por muito tempo apparece a hypochondria, causa de uma vida lastimosa e desgraçada.
TERMINAÇÃO.....	Sempre fatal.	Quasi sempre pela cura.	Ordinariamente pela cura.	Quasi sempre pela cura.	Geralmente fatal.	Raras vezes pela cura.	Ordinariamente pela cura; quando esta não se dá, os doentes conservão seu mal até que outra molestia venha terminar-lhes a existencia.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES



SECÇÃO ACCESSORIA

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

INFANTICIDIO

I

Chama-se infanticidio a morte commettida em uma criança recém-nascida ou nascente.

II

A immoralidade e a miseria são as causas mais importantes do augmento de frequencia do infanticidio nos paizes civilisados.

III

É indispensavel a presença do corpo de delicto para provar-se o infanticidio.

IV

É pelo exame dos caracteres tirados do desenvolvimento geral do corpo, do estado do tegumento externo e do gráo de ossificação, que podemos estabelecer se a criança nasceu ou não a termo.

V

A circumstancia capital, entre as que devem constituir o crime de infanticidio, é a prova da vida da criança depois do parto.

VI

A prova que uma criança não respirou não exclue a existencia do crime de infanticidio.

VII

A prova que uma criança tivesse nascido viva, embora não tenha aptidão para continuar a viver, basta para constituir o crime de infanticidio.

VIII

De todos os signacs que indicão que a criança nasceu viva, são incontestavelmente os mais preciosos os que denuncião o estabelecimento da respiração.

IX

A relação do peso do pulmão com o do corpo inteiro ou com o do coração não tem valor na docimasia pulmonar.

X

A docimasia pulmonar hydrostatica, pelo methodo de Daniel, não fornece resultados satisfactorios; os cuidados minuciosos que exige oppoem-se a que seja adoptada nos casos de medicina legal.

XI

A docimasia hydrostatica ordinaria, pela sua simplicidade e facilidade de execução, deve servir de base principal nas decisões judiciaes em materia de medicina legal.

XII

Os factos observados, que fazem admittir a possibilidade de uma respiração imperfeita do feto no ventre materno, depois da ruptura das membranas, não constituem objecção grave á docimasia pulmonar.

XIII

Os caracteres que apresenta um pulmão que respirou o distinguem facilmente daquelle que foi insufflado.

XIV

As objecções á docimasia hydrostatica, baseadas na difficuldade da distincção entre um pulmão que respirou normalmente e o que está affectado de emphysema ou putrefacção, são completamente destruidas pela observação.

XV

A docimasia pulmonar optica não deve ser desprezada como auxiliar poderoso da hydrostatica.

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

CADEIRA DE PARTOS, ETC.

DO THROMBO VULVO-VAGINAL

I

O derramamento sanguineo que se faz nas partes molles da pequena bacia ou da vulva constitue o thrombo vulvo-vaginal.

II

É raro que este tumor occupe simultaneamente os dous lados da vagina, e só excepcionalmente invade toda a sua circumferencia.

III

Na vulva o thrombo occupa quasi sempre os grandes labios ; tem sido tambem observado nos pequenos, sendo mais frequente a occupação de um só ; póde contudo invadir os dous lados simultaneamente.

IV

O thrombo não pertence exclusivamente ás mulheres peçadas.

V

Póde-se manifestar durante a prenhez, durante o parto ou depois do delivramento.

VI

Suas causas mais frequentes, durante a prenhez, são as contusões, as quedas e as commoções violentas, e por occasião do trabalho do parto é a contusão por compressão do feto sobre as veias.

VII

A não ser a sensação de peso que experimenta a mulher nas partes inferiores e o estado varicoso que algumas vezes precede á producção do thrombo, este tumor se apresenta ordinariamente de uma maneira brusca, sem symptomas precursores.

VIII

O apparecimento brusco do tumor, acompanhado de dôr intensa ou de uma sensação insolita, o augmento rapido de seu volume, sua dureza, quando o sangue é apenas infiltrado, sua côr azulada e sua infiltração, quando se reúne em fóco, nos levão quasi sempre a um diagnostico exacto de um thrombo.

IX

O sangue nos tumores varicosos não é extravasado, e, por mais consideraveis que sejam, não se confundem com o thrombo.

X

A facil redução do epiplocele, sua molleza pastosa, a elasticidade e os gargarejos do enterocele, são phenomenos bastante significativos para ordinariamente elucidarem o diagnostico entre o thrombo e essas affecções.

XI

Quando o tumor por seu grande volume oppõe obstaculo ao corrimento dos lochios; quando a mucosa que reveste sua face interna é ameaçada de gangrena ou de ruptura de um momento para outro, e a existencia de fluctuação annuncia a ausencia de coagulos volumosos, de sorte que nada então offerece resistencia á continuação incessante de perda interna; e quando, finalmente, a mulher, victima de dôres intensissimas, e cada vez mais fraca, apresenta um pulso pequeno, descoramento da pelle, etc., devemos proceder immediatamente á dilatação do tumôr.

XII

Se o tumor apresenta um pequeno volume, por exemplo, o de um ovo de gallinha, se fôr duro, sem fluctuação e não augmentar de volume, e, ainda mais, se suas paredes pouco tensas tiverem uma côr normal e a dôr fôr supportavel, deveremos então esperar e favorecer a resolução, e só lançar mão do instrumento quando alguns accidentes o exigirem.

XIII

No caso de praticar-se a dilatação, se não houver hemorrhagia, poderemos limitar o tratamento á applicação de cataplasmas emollientes; porém, se ella apparecer, mesmo que o tumor tenha sido aberto 24 horas depois de seu apparecimento, torna-se necessario o emprego de alguns stypticos na cavidade que se deve encher com fios.

XIV

A dilatação, que cumpre seja bastante extensa para dar saída aos coalhos, sempre que fôr possível, deverá ser feita na parte externa.

XV

Se a inflammação ou suas consequencias sobrevierem, serão combatidas pelos meios apropriados, loções repetidas e injeções a principio emollientes e depois adstringentes e desinfectantes, ou pelos meios chirurgicos.

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA

BELLADONA CONSIDERADA PHARMACOLOGICA E THERAPEUTICAMENTE

I

A belladona é uma planta herbacea, vivaz, de 50 centímetros a um metro de altura, e pertencente ao genero *Atropa*, da familia das Solaneas.

II

Suas folhas são grandes, ovaes, acuminadas, alternas, de uma côr verde carregada no estado fresco, rôxas ou amarelladas quando sêccas; suas flôres têm uma corolla tubulosa, campanulada, de côr rôxa, pediculadas e solitarias na axilla das folhas.

III

O fructo da belladona é uma baga arredondada, ligeiramente achatada, de côr verde a principio, depois vermelha e por fim preta, quando a maturidade é completa; tem um sabor adocicado.

IV

Todas as partes desta planta são empregadas em medicina, sobretudo as folhas.

V

O seu principio activo é a *atropina*, descoberta em 1868 por Mein; é um alcaloide que crystalisa em agulhas incolôres de sabôr acre e amargo, pouco soluvel na agua e muito soluvel no alcool e no ether.

VI

O sulfato de atropina é dos seus saes o mais empregado em medicina.

VII

Em pequena dóse, a atropina accelera as bataduras cardiacas, augmenta a pressão arterial, a temperatura e os movimentos respiratorios; dóses toxicas determinão um retardamento consideravel da circulação com diminuição notavel da tensão dos vasos, da temperatura e do numero dos movimentos arteriaes.

VIII

Sua eliminação tem logar pelos rins, por todas as mucosas e ás vezes pela pelle no homem; ella é rapida, bem como tambem sua acção; determina pela eliminação rubôr das mucosas e pelle, desejos frequentes de ourinar, colicas, puxos, tenesmo anal e vesical, suores profusos, diarrhéa, etc.

IX

O rubôr e a seccura das mucosas explicão a aphonia, a dysphagia, a dysuria, etc.

X

As modificações da secreção urinaria se prendem ás variações da pressão arterial.

XI

A belladonna e seu alcaloide excitão o grande sympathico e as fibras lisas em pequena dóse, não determinando phenomenos de paralysisa senão em dóse muito elevada e sempre consecutivamente a contracções muito exageradas; donde sua utilidade na incontinenca de ourina, na paralysisa da bexiga, contra a constipação de ventre, as hernias irreductiveis, etc.

XII

A propriedade de dilatar a pupilla é o effeito mais constante e mais permanente da atropina, e cujas applicações são numerosas em oculistica.

XIII

Aproveitando do seu effeito sobre a sensibilidade, a belladonna tem sido empregada com vantagem nas nevralgias.

XIV

Ainda em virtude de sua acção sedativa sobre a sensibilidade reflexa, tem sido seguido de verdadeiro triumpho o emprego desta substancia na *coqueluche* e na *epilepsia*.

XV

Segundo as experiencias de Thomaz Frazer, o antagonismo que existe entre a belladonna e a fava de Calabar é sómente physiologico, e não toxico.

HYPOCRATIS APPHORISMI.

I

Lassitudines spontaneæ, morbos denuntiant. (Sec. II, Aphor. V.)

II

Ubi copiosior præter naturam cibus ingestus fuerit, id morbum creat, quod etiam curatio indicat. (Sec. II, Aphor. XVII.)

III

Morbos ex repletione, ut curat evacuatio, sic eos, qui ex evacuatione fiunt, repletio et in cæteris contrarietas remedio est. (Sec. II, Aphor. XXII.)

IV

Ex multo potu rigor et delirium malum. (Sec. VII, Aphor. VII.)

V

Quibus occulti cancri fuerint, eos non curare melius est, curat citò pereunt, non curati verò longius tempus perdurant. (Sec. VIII, Aphor. XXXVIII.)

VI

Nigræ dejectiones qualis sanguis niger, sponte procedentes, et cum febre et citra febrem, pessimæ, eoque pejores quo plures earum colores deteriores fuerint. (Sec. IV. Aphor. XXI.)

Esta These está conforme os estatutos.—Rio de Janeiro, 9 de
Setembro de 1876.

DR. JOSÉ PEREIRA GUIMARÃES.

DR. SOUZA LIMA

DR. FERREIRA DOS SANTOS.

